

A1
C26
551



Third Session
Fortieth Parliament, 2010

Troisième session de la
quarantième législature, 2010

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:

The Honourable ART EGGLETON, P.C.

Président :

L'honorable ART EGGLETON, C.P.

Monday, October 18, 2010
Wednesday, October 20, 2010
Thursday, October 21, 2010
Friday, October 22, 2010

Le lundi 18 octobre 2010
Le mercredi 20 octobre 2010
Le jeudi 21 octobre 2010
Le vendredi 22 octobre 2010

Issue No. 14

Fascicule n° 14

Fifth, sixth and seventh meetings on:
The study on Canada's pandemic preparedness

Cinquième, sixième et septième réunions concernant :
L'étude sur l'état de préparation du Canada en cas de pandémie

Eighteenth meeting on:
The study on the accessibility of
post-secondary education in Canada

Dix-huitième réunion concernant :
L'étude sur l'accessibilité à
l'éducation postsecondaire au Canada

First (final) meeting on:
Bill C-40, An Act to establish National Seniors Day

Première (dernière) réunion sur :
Le projet de loi C-40, Loi instituant la Journée nationale des aînés

INCLUDING:
THE ELEVENTH REPORT OF THE COMMITTEE
(Bill C-40)
THE TWELFTH REPORT OF THE COMMITTEE
(Special Study Budget 2010-2011 — Study
on Canada's pandemic preparedness)

Y COMPRIS :
LE ONZIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(Projet de loi C-40)
LE DOUZIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(Budget d'étude spéciale 2010-2011 — L'étude sur l'état
de préparation du Canada en cas de pandémie)

APPEARING:
The Honourable Diane Ablonczy, P.C., M.P.,
Minister of State (Seniors)

COMPARAÎT :
L'honorable Diane Ablonczy, C.P., députée,
ministre d'état (aînés)

WITNESSES:
(see back cover)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE
AND TECHNOLOGY

The Honourable Art Eggleton, P.C., *Chair*

The Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

Braley	Eaton
Callbeck	* LeBreton, P.C.
Cordy	(or Comeau)
* Cowan	Martin
(or Tardif)	Merchant
Demers	Poirier
Dyck	Seidman

* Ex officio members

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The Honourable Senator Poirier replaced the Honourable Senator Champagne, P.C. (*October 21, 2010*).

The Honourable Senator Champagne, P.C., replaced the Honourable Senator Marshall (*October 21, 2010*).

The Honourable Senator Marshall replaced the Honourable Senator Champagne, P.C. (*October 20, 2010*).

The Honourable Senator Champagne, P.C., replaced the Honourable Senator Kochhar (*October 20, 2010*).

The Honourable Senator Kochhar replaced the Honourable Senator Champagne, P.C. (*October 15, 2010*).

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES
ET DE LA TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Art Eggleton, C.P.

Vice-président : L'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie
et

Les honorables sénateurs :

Braley	Eaton
Callbeck	* LeBreton, C.P.
Cordy	(ou Comeau)
* Cowan	Martin
(ou Tardif)	Merchant
Demers	Poirier
Dyck	Seidman

* Membres d'office

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité :

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

L'honorable sénateur Poirier a remplacé l'honorable sénateur Champagne, C.P. (*le 21 octobre 2010*).

L'honorable sénateur Champagne, C.P., a remplacé l'honorable sénateur Marshall (*le 21 octobre 2010*).

L'honorable sénateur Marshall a remplacé l'honorable sénateur Champagne, C.P. (*le 20 octobre 2010*).

L'honorable sénateur Champagne, C.P., a remplacé l'honorable sénateur Kochhar (*le 20 octobre 2010*).

L'honorable sénateur Kochhar a remplacé l'honorable sénateur Champagne, C.P. (*le 15 octobre 2010*).

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate*, Wednesday, September 29, 2010:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator LeBreton, P.C., seconded by the Honourable Senator Meighen, for the second reading of Bill C-40, An Act to establish National Seniors Day.

The question being put on the motion, it was adopted.

The bill was then read the second time.

The Honourable Senator Comeau moved, seconded by the Honourable Senator Tkachuk, that the bill be referred to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The question being put on the motion, it was adopted.

Le greffier du Sénat,

Gary W. O'Brien

Clerk of the Senate

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du mercredi 29 septembre 2010 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur LeBreton, C.P., appuyée par l'honorable sénateur Meighen, tendant à la deuxième lecture du projet de loi C-40, Loi instituant la Journée nationale des aînés.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le projet de loi est alors lu pour la deuxième fois.

L'honorable sénateur Comeau propose, appuyé par l'honorable sénateur Tkachuk, que le projet de loi soit renvoyé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday October 18, 2010

(31)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 6:31 p.m., in room 160-S, Centre Block, the chair, the Honourable Art Eggleton, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Braley, Callbeck, Cordy, Eaton, Eggleton, P.C., Kochhar, Martin, Ogilvie and Seidman (9).

In attendance: Sonya Norris, Analyst, Parliamentary Information and Research Service; and Molly Shinhat, Communications Officer, Communications Directorate.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Monday, June 28, 2010, the committee continued its study on Canada's pandemic preparedness. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 14.*)

WITNESSES:

Ministry of Health and Long-Term Care, Province of Ontario:

Allison Stuart, Assistant Deputy Minister, Public Health Division.

Province of Ontario:

Dr. Arlene King, Chief Medical Officer of Health.

Province of Saskatchewan:

Dr. Moira McKinnon, Chief Medical Health Officer.

Public Health Agency of Canada:

Dr. Gregory Taylor, Director General, Office of the Public Health Practice.

Dr. John Spika, Director General, Centre for Immunization and Respiratory Infectious Diseases.

Province of British Columbia:

Dr. Perry Kendall, Provincial Health Officer (by video conference).

Province of Nova Scotia:

Duff Montgomerie, Deputy Minister, Health Promotion and Protection.

Health Canada:

Glenda Yeates, Deputy Minister.

The chair made a statement.

Ms. Stewart, Dr. King, Dr. McKinnon and Dr. Taylor each made a statement and, together with Dr. Spika, answered questions.

At 8:04 p.m., the committee suspended.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le lundi 18 octobre 2010

(31)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 18 h 31, dans la salle 160-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Art Eggleton, C.P. (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Braley, Callbeck, Cordy, Eaton, Eggleton, C.P., Kochhar, Martin, Ogilvie et Seidman (9).

Également présentes : Sonya Norris, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires; et Molly Shinhat, agente de communications, Direction des communications.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le lundi 28 juin 2010, le comité poursuit son étude sur l'état de préparation du Canada en cas de pandémie. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 14 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Ministère de la Santé et des soins de longue durée, province de l'Ontario :

Allison Stuart, sous-ministre adjointe, Division de la santé publique.

Province de l'Ontario :

Dre Arlene King, médecin hygiéniste en chef.

Province de la Saskatchewan :

Dre Moira McKinnon, chef des Services de santé.

Agence de la santé publique du Canada :

Dr Gregory Taylor, directeur général, Bureau de la pratique en santé publique.

Dr John Spika, directeur général, Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses.

Province de la Colombie-Britannique :

Dr Perry Kendall, administrateur des soins de santé (par vidéoconférence).

Province de la Nouvelle-Écosse :

Duff Montgomerie, sous-ministre, Promotion et protection de la santé.

Santé Canada :

Glenda Yeates, sous-ministre.

Le président prend la parole.

Mme Stewart, Dre King, Dre McKinnon et Dr Taylor font chacun un exposé puis, avec l'aide de Dr Spika, répondent aux questions.

À 20 h 4, la séance est suspendue.

At 8:08 p.m., the committee resumed.

Dr. Kendall, Mr. Montgomerie and Ms. Yeates each made a statement and, together, answered questions.

At 9:29 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday October 20, 2010
(32)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:17 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Art Eggleton, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Braley, Callbeck, Cordy, Demers, Dyck, Eaton, Eggleton, P.C., Marshall, Martin, Ogilvie and Seidman (11).

In attendance: Daniel Thompson and Havi Echenberg, Analysts, Parliamentary Information and Research Service; and Molly Shinhat, Communications Officer, Communications Directorate.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Wednesday, September 29, 2010, the committee began its study of Bill C-40, An Act to establish National Seniors Day.

APPEARING:

The Honourable Diane Ablonczy, P.C., M.P., Minister of State (Seniors)

The chair made a statement.

Ms. Ablonczy made a statement and answered questions.

It was agreed that the committee proceed to clause-by-clause consideration of Bill C-40, An Act to establish National Seniors Day.

It was agreed that title stand postponed.

It was agreed that the preamble stand postponed.

It was agreed that clause 1 stand postponed.

It was agreed that clause 2 carry.

It was agreed that clause 3 carry.

It was agreed that clause 1 carry.

It was agreed that the preamble carry.

It was agreed that the title carry.

It was agreed that the bill carry.

It was agreed that the chair report the bill to the Senate.

At 5:08 p.m., the committee suspended.

À 20 h 8, la séance reprend.

Dr Kendall, M. Montgomerie et Mme Yeates font chacun un exposé et répondent ensuite aux questions.

À 21 h 29, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le mercredi 20 octobre 2010
(32)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 17, dans la salle 2 de l'immeuble Victoria, sous la présidence de l'honorable Art Eggleton, C.P. (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Braley, Callbeck, Cordy, Demers, Dyck, Eaton, Eggleton, C.P., Marshall, Martin, Ogilvie et Seidman (11).

Également présents : Daniel Thompson et Havi Echenberg, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires; et Molly Shinhat, agente de communications, Direction des communications.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 29 septembre 2010, le comité commence son étude du projet de loi C-40, Loi instituant la Journée nationale des aînés.

COMPARAÎT :

L'honorable Diane Ablonczy, C.P., députée, ministre d'État (aînés)

Le président prend la parole.

Mme Ablonczy fait un exposé et répond aux questions.

Il est convenu que le comité procède à l'étude article par article du projet de loi C-40, Loi instituant la Journée nationale des aînés.

Il est convenu de reporter l'étude du titre.

Il est convenu de reporter l'étude du préambule.

Il est convenu de reporter l'étude de l'article 1.

Il est convenu d'adopter l'article 2.

Il est convenu d'adopter l'article 3.

Il est convenu d'adopter l'article 1.

Il est convenu d'adopter le préambule.

Il est convenu d'adopter le titre.

Il est convenu d'adopter le projet de loi.

Il est convenu que le président fasse rapport du projet de loi au Sénat.

À 17 h 8, la séance est suspendue.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, March 18, 2010, the committee continued its study on accessibility of post-secondary education in Canada. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.*)

At 5:12 p.m., pursuant to rule 92(2)(f), the committee resumed in camera to consider a draft report.

At 6:15 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday October 21, 2010
(33)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:30 a.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Art Eggleton, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Braley, Callbeck, Cordy, Demers, Dyck, Eaton, Eggleton, P.C., Martin, Ogilvie, Poirier and Seidman (11).

In attendance: Sonya Norris, Analyst, Parliamentary Information and Research Service.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Monday, June 28, 2010, the committee continued its study on Canada's pandemic preparedness. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 12.*)

WITNESSES:

Government of Nunavut:

Dr. Isaac Sobol, Chief Medical Officer of Health.

Assembly of Manitoba Chiefs:

Ron Evans, Grand Chief.

Health Canada:

Shelagh Jane Woods, Director General, Primary Health and Public Health Directorate, First Nations and Inuit Health Branch;

Paul Gully, Senior Medical Advisor.

Assembly of First Nations:

Angus Toulouse, Regional Chief.

Indigenous Physicians Association of Canada:

Dr. Darlene Kitty, Board Member.

Inuit Tapiriit Kanatami:

Mary Simon, President;

Elizabeth Ford, Director, Health and Social Development.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 18 mars 2010, le comité poursuit son étude sur l'accessibilité à l'éducation postsecondaire au Canada. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

À 17 h 12, conformément à l'article 92(2)(f) du Règlement, le comité reprend ses travaux à huis clos pour examiner l'ébauche d'un rapport.

À 18 h 15, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le jeudi 21 octobre 2010
(33)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 30, dans la salle 2 de l'immeuble Victoria, sous la présidence de l'honorable Art Eggleton, C.P. (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Braley, Callbeck, Cordy, Demers, Dyck, Eaton, Eggleton, C.P., Martin, Ogilvie, Poirier et Seidman (11).

Également présente : Sonya Norris, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le lundi 28 juin 2010, le comité poursuit son étude sur l'état de préparation du Canada en cas de pandémie. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 12 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Gouvernement du Nunavut :

Dr Isaac Sobol, médecin hygiéniste en chef.

Assembly of Manitoba Chiefs :

Ron Evans, grand chef.

Santé Canada :

Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaire et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits;

Paul Gully, conseiller médical principal.

Assemblée des Premières nations :

Angus Toulouse, chef régional.

Association des médecins indigènes du Canada :

Dre Darlene Kitty, membre du conseil de direction.

Inuit Tapiriit Kanatami :

Mary Simon, présidente;

Elizabeth Ford, directrice, Développement social et de la santé.

Aboriginal Nurses Association of Canada:

Rosella Kinoshameg, President.

The chair made a statement.

Dr. Sobol, Mr. Evan and Ms. Woods each made a statement and, together with Mr. Gully, answered questions.

At 11:31 a.m., the committee suspended.

At 11:35 a.m., the committee resumed.

Mr. Toulouse, Dr. Kitty, Ms. Simon and Ms. Kinoshameg each made a statement and, together with Ms. Ford, answered questions.

At 12:32 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

OTTAWA, Friday, October 22, 2010

(34)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 8:00 a.m., in room 2, Victoria Building, the Honourable Art Eggleton, P.C., Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Braley, Callbeck, Cordy, Eggleton, P.C., Martin and Ogilvie (6).

Other senator present: The Honourable Senator Dickson (1).

In attendance: Sonya Norris, Analyst, Parliamentary Information and Research Service.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Monday, June 28, 2010, the committee continued its study on Canada's pandemic preparedness. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 12.*)

WITNESSES:

Canadian Medical Association:

Dr. Jeffrey Turnbull, President;

Dr. Maura Ricketts, Director, Office of Public Health.

Canadian Nurses Association:

Claire Betker, Member, Board of Directors;

Joyce Douglas, Nurse Consultant.

Canadian Public Health Association:

Dr. Isra Levy, Member;

Debra Lynkowski, Chief Executive Officer.

Canadian Healthcare Association:

Pamela Fralick, President and CEO.

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada :

Rosella Kinoshameg, présidente.

Le président prend la parole.

Dr Sobol, M. Evan et Mme Woods font chacun un exposé puis, avec l'aide de M. Gully, répondent aux questions.

À 11 h 31, la séance est suspendue.

À 11 h 35, la séance reprend.

M. Toulouse, Dre Kitty, Mme Simon et Mme Kinoshameg font chacun un exposé puis, avec l'aide de Mme Ford, répondent aux questions.

À 12 h 32, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le vendredi 22 octobre 2010

(34)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 8 heures, dans la salle 2 de l'immeuble Victoria, sous la présidence de l'honorable Art Eggleton, C.P. (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Braley, Callbeck, Cordy, Eggleton, C.P., Martin et Ogilvie (6).

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Dickson (1).

Également présente : Sonya Norris, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le lundi 28 juin 2010, le comité poursuit son étude sur l'état de préparation du Canada en cas de pandémie. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 12 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Association médicale canadienne :

Dr Jeffrey Turnbull, président;

Dre Maura Ricketts, directrice, Bureau de la santé publique.

Association des infirmières et infirmiers du Canada :

Claire Betker, membre, Conseil de direction;

Joyce Douglas, infirmière-conseil.

Association canadienne de la santé publique :

Dr Isra Levy, membre;

Debra Lynkowski, chef de la direction.

Association canadienne des soins de santé :

Pamela Fralick, présidente et chef de la direction.

Canadian Association of Fire Chiefs:

Robert Simonds, President.

Canadian Teachers' Federation:

Mary-Lou Donnelly, President;

Myles Ellis, Director of Economic and Member Services.

Federation of Canadian Municipalities:

Claude Dauphin, Third Vice-President;

Alain Normand, Member, Pandemic Preparedness Working Group.

Paramedic Association of Canada:

Greg Furlong, Director.

The Conference Board of Canada:

John Neily, Director, National Security and Public Safety.

Canadian Standards Association:

Suzanne Kiraly, Executive Vice-President, Government Relations.

Ontario Power Generation Inc.:

Gian Di Giambattista, Director, Emergency Management and Business Continuity.

Risk Analytica:

Paul Smetanin, President and Chief Executive Officer.

The chair made a statement.

Dr. Turnbull, Ms. Betker, Dr. Levy and Ms. Fralick each made a statement and, together with Dr. Ricketts, Ms. Douglas and Ms. Lynkowski, answered questions.

At 9:04 a.m., the committee suspended.

At 9:09 a.m., the committee resumed.

Mr. Simonds, Ms. Donnelly, Mr. Dauphin and Mr. Furlong each made a statement and, together with Mr. Ellis and Mr. Normand, answered questions.

At 10:03 a.m., the committee suspended.

At 10:07 a.m., the committee resumed.

Mr. Neily, Ms. Kiraly, Mr. Di Giambattista and Mr. Smetanin each made a statement and, together, answered questions.

At 10:59 a.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

Association canadienne des chefs de pompiers :

Robert Simonds, président.

Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants :

Mary-Lou Donnelly, présidente;

Myles Ellis, directeur, Services économiques et aux membres.

Fédération canadienne des municipalités :

Claude Dauphin, troisième vice-président;

Alain Normand, membre, Groupe de travail sur la pandémie.

Association des paramédics du Canada :

Greg Furlong, directeur.

Le Conference Board du Canada :

John Neily, directeur, Sécurité nationale et sécurité publique.

Association canadienne de normalisation :

Suzanne Kiraly, vice-présidente exécutive, Relations gouvernementales.

Ontario Power Generation Inc. :

Gian Di Giambattista, directeur, Gestion des mesures d'urgence et continuité des opérations.

Risk Analytica :

Paul Smetanin, président et chef de la direction.

Le président prend la parole.

Dr. Turnbull, Mme Betker, Dr. Levy et Mme Fralick font chacun un exposé puis, avec l'aide de Dre Ricketts, de Mme Douglas et de Mme Lynkowski, répondent aux questions.

À 9 h 4, la séance est suspendue.

À 9 h 9, la séance reprend.

M. Simonds, Mme Donnelly, M. Dauphin et M. Furlong font chacun un exposé puis, avec l'aide de M. Ellis et de M. Normand, répondent aux questions.

À 10 h 3, la séance est suspendue.

À 10 h 7, la séance reprend.

M. Neily, Mme Kiraly, M. Di Giambattista et M. Smetanin font chacun un exposé puis répondent aux questions.

À 10 h 59, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Jessica Richardson

Clerk of the Committee

REPORTS OF THE COMMITTEE

Thursday, October 21, 2010

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

ELEVENTH REPORT

Your committee, to which was referred Bill C-40, An Act to establish National Seniors Day, has, in obedience to the order of reference of Wednesday, September 29, 2010, examined the said bill and now reports the same without amendment.

Respectfully submitted,

Thursday, October 21, 2010

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

TWELFTH REPORT

Your committee, which was authorized by the Senate on Monday, June 28, 2010, to examine and report on Canada's pandemic preparedness, respectfully requests funds for the fiscal year ending March 31, 2011, and requests, for the purpose of such study, that it be empowered:

(a) to engage the services of such counsel, technical, clerical and other personnel as may be necessary; and

(b) to travel inside Canada.

Pursuant to Chapter 3:06, section 2(1)(c) of the *Senate Administrative Rules*, the budget submitted to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration and the report thereon of that committee are appended to this report.

Respectfully submitted,

Le président,

ART EGGLETON

Chair

RAPPORTS DU COMITÉ

Le jeudi 21 octobre 2010

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

ONZIÈME RAPPORT

Votre comité auquel a été renvoyé le projet de loi C-40, Loi instituant la Journée nationale des aînés, a, conformément à l'ordre de renvoi du mercredi 29 septembre 2010, examiné ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Respectueusement soumis,

Le jeudi 21 octobre 2010

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

DOUZIÈME RAPPORT

Votre comité, qui a été autorisé par le Sénat le lundi 28 juin 2010 à examiner, pour en faire rapport, l'état de préparation du Canada en cas de pandémie, demande respectueusement des fonds pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2011 et demande qu'il soit, aux fins de ses travaux, autorisé à :

a) embaucher tout conseiller juridique et personnel technique, de bureau ou autre dont il pourrait avoir besoin; et

b) voyager à l'intérieur du Canada.

Conformément au Chapitre 3:06, article 2(1)(c) du *Règlement administratif du Sénat*, le budget présenté au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration ainsi que le rapport s'y rapportant, sont annexés au présent rapport.

Respectueusement soumis.

**STANDING COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY**

**SPECIAL STUDY ON CANADA'S PANDEMIC
PREPAREDNESS**

**APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION
FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2011**

Extract from the *Journals of the Senate*, Monday, June 28, 2010:

The Honourable Senator Ogilvie moved, seconded by the Honourable Senator Eggleton, P.C.:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on Canada's pandemic preparedness;

That in particular the Committee be authorized to examine issues concerning Canada's past pandemic preparedness, lessons learned from the response to the 2009 pandemic virus (H1N1), the roles of all levels of government in pandemic preparedness, and Canada's future pandemic preparedness;

That the Committee's examination include processes and ethical issues related to pandemic preparedness;

That the Committee submit its final report no later than October 31, 2010, and that the Committee retain all powers necessary to publicize findings of the Committee until January 31, 2011.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

Extract from the *Journals of the Senate*, Tuesday, September 28, 2010:

The Honourable Senator Eggleton, P.C. moved, seconded by the Honourable Senator Smith, P.C.:

That notwithstanding the order of the Senate adopted on June 28, 2010, the date for the presentation of the final report by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology on Canada's pandemic preparedness be extended from October 31, 2010 to December 31, 2010 and that the date until which the committee retains powers to allow it to publicize its findings be extended from January 31, 2011 to March 31, 2011.

The question being put on the motion, it was adopted.

Le greffier du Sénat,

Gary W. O'Brien

Clerk of the Senate

**COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT
DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA
TECHNOLOGIE**

**ÉTUDE SPECIAL SUR L'ÉTAT DE PRÉPARATION
DU CANADA EN CAS DE PANDÉMIE**

**DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR
L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT
LE 31 MARS, 2011**

Extrait des *Journaux du Sénat* du lundi 28 juin 2010 :

L'honorable sénateur Ogilvie propose, appuyé par l'honorable sénateur Eggleton, C.P.,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner, afin d'en faire rapport, l'état de préparation du Canada en cas de pandémie;

Qu'en particulier le Comité soit autorisé à examiner les questions relatives aux mesures prises par le Canada dans le passé en vue de se préparer en cas de pandémie, les leçons apprises à la suite du virus de pandémie (H1N1) en 2009, le rôle de tous les ordres de gouvernement en ce qui concerne l'état de préparation en cas de pandémie, ainsi que l'état de préparation du Canada en cas de pandémie pour l'avenir;

Que l'étude du Comité porte sur les processus et les questions éthiques ayant trait à l'état de préparation en cas de pandémie;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 31 octobre 2010 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour faire connaître ses conclusions jusqu'au 31 janvier 2011.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Extrait des *Journaux du Sénat* du mardi 28 septembre 2010 :

L'honorable sénateur Eggleton, C.P. propose, appuyé par l'honorable sénateur Smith, C.P.,

Que par dérogation à l'ordre adopté par le Sénat le 28 juin 2010, la date pour la présentation du rapport final du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie sur l'état de préparation du Canada en cas de pandémie soit reportée du 31 octobre 2010 au 31 décembre 2010 et que la date jusqu'à laquelle le comité conserve les pouvoirs pour faire connaître ses conclusions soit reportée du 31 janvier 2011 au 31 mars 2011.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

SUMMARY OF EXPENDITURES

Professional and Other Services	\$900
Transportation and Communications	\$650
All Other Expenditures	\$0
TOTAL	\$1,550

SOMMAIRE DES DÉPENSES

Services professionnels et autres	900 \$
Transports et communications	650 \$
Autres dépenses	0 \$
TOTAL	1 550 \$

The above budget was approved by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology on September 29, 2010.

The undersigned or an alternate will be in attendance on the date that this budget is considered.

Le budget ci-dessus a été approuvé par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le 29 septembre 2010.

Le soussigné ou son remplaçant assistera à la séance au cours de laquelle le présent budget sera étudié.

Date

Art Eggleton, P.C.
Chair, Standing Senate Committee on
Social Affairs, Science and Technology

Date

Art Eggleton, C.P.
Président du Comité sénatorial permanent
des affaires sociales, des sciences et de la
technologie

Date

David Tkachuk
Chair, Standing Committee on Internal
Economy, Budgets and Administration

Date

David Tkachuk
Président du Comité permanent de la régie
interne, des budgets et de l'administration

**STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY**
SPECIAL STUDY ON CANADA'S PANDEMIC PREPAREDNESS
**APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION
FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2011**

GENERAL EXPENSES

PROFESSIONAL AND OTHER SERVICES

1. Editing/revision services (0446)	900	
(30 hours, \$30/hour)		
Sub-total		\$900
Total of General Expenses		\$900

ACTIVITY 1 : Visit to Government Operations Centre, Ottawa

FACT-FINDING

16 participants: 12 senators, 4 staff

TRANSPORTATION AND COMMUNICATIONS

TRAVEL

1. Ground transportation — bus rental (0228)	650	
(1 day, \$650/day)		
Sub-total		\$650
Total of Activity 1		\$650
Grand Total		\$ 1,550

The Senate administration has reviewed this budget application.

Heather Lank, Principal Clerk,
Committees Directorate

Date

Nicole Proulx, Director of Finance

Date

**COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT
DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE**

**ÉTUDE SPECIAL SUR L'ÉTAT DE PRÉPARATION
DU CANADA EN CAS DE PANDÉMIE**

**DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR
L'EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT LE 31 MARS, 2011**

DÉPENSES GÉNÉRALES

SERVICES PROFESSIONNELS ET AUTRES

1. Services d'édition/révision (0446)	900	
(30 heures, 30 \$/heure)		
Sous-total		900 \$
Total des dépenses générales		900 \$

ACTIVITÉ 1 : Visite au Centre des opérations du gouvernement, Ottawa
MISSION D'ÉTUDE

16 participants: 12 sénateurs, 4 employés

TRANSPORTS ET COMMUNICATIONS

DÉPLACEMENTS

1. Transport terrestre — location d'autobus (0228)	650	
(1 jour, 650 \$/jour)		
Sous-total		650 \$
Total de l'Activité 1		650 \$
Grand Total		1 550 \$

L'administration du Sénat a examiné la présente demande d'autorisation budgétaire.

Heather Lank, greffière principale,
Direction des comités

Date

Nicole Proulx, directrice des Finances

Date

APPENDIX (B) TO THE REPORT

Thursday, October 21, 2010

The Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration has examined the budget presented to it by the Standing Senate Committee Social Affairs, Science and Technology for the proposed expenditures of the said Committee for the fiscal year ending March 31, 2011, for the purpose of its special study on Canada's pandemic preparedness, as authorized by the Senate on Thursday, Monday June 28, 2010. The said budget is as follows:

Professional and Other Services	\$ 900
Transportation and Communications	650
All Other Expenditures	<u>0</u>
Total	\$ 1,550

(includes funds for a fact-finding mission in the National Capital Region)

Respectfully submitted,

Le président,

DAVID TKACHUK

Chair

ANNEXE (B) AU RAPPORT

Le jeudi 21 octobre 2010

Le Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration a examiné le budget qui lui a été présenté par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie concernant les dépenses projetées dudit Comité pour l'exercice se terminant le 31 mars 2011, aux fins de leur étude spéciale sur l'état de préparation du Canada en cas de pandémie, tel qu'autorisé par le Sénat le jeudi 28 juin 2010. Ledit budget se lit comme suit:

Services professionnels et autres	900 \$
Transports et communications	650
Autres dépenses	<u>0</u>
Total	1 550 \$

(y compris des fonds pour une mission d'étude dans la région de la capitale nationale)

Respectueusement soumis,

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, October 18, 2010

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 6:31 p.m. to study Canada's pandemic preparedness.

Senator Art Eggleton (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: I had to bang the gavel a few times because it is such a big room; I do not know how long it takes to send the noise back there. Welcome, everyone.

[*Translation*]

Welcome to the Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology.

[*English*]

Tonight, we continue with our hearings on pandemic preparedness and response. We have a number of provincial as well as federal witnesses in two panels tonight. We start now with a panel, as you see at the end of the table. Then at 8 o'clock we will switch to a second panel, which will include a video conference from British Columbia.

Starting off with this panel, we have from the Ministry of Health and Long-Term Care, Province of Ontario, Allison Stuart, Assistant Deputy Minister, Public Health Division. Also from the Province of Ontario, we have Dr. Arlene King, Chief Medical Officer of Health. From the Province of Saskatchewan, we have Dr. Moira McKinnon, Chief Medical Health Officer. We also have an entity that has been here for almost every meeting, the Public Health Agency of Canada. Today we have Dr. Gregory Taylor, Director General, Office of the Public Health Practice, who will speak to us. Also here to answer questions is Dr. John Spika, Director General, Centre for Immunization and Respiratory Infectious Diseases. I think we have had some reference to Dr. Spika in past meetings. Welcome to all five of you.

I will take you in the same order, unless you have another preference. I will start with Ms. Stuart. If you can give your opening comments in about seven minutes, that would be appreciated.

If I call you doctor, I can call everyone doctor. Is that okay?

Allison Stuart, Assistant Deputy Minister, Public Health Division, Ministry of Health and Long-Term Care, Province of Ontario: I am not a doctor, but go ahead.

Thank you for the invitation extended to Ontario to discuss pandemic preparedness from Ontario's perspective.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 18 octobre 2010

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 18 h 31 pour étudier l'état de préparation du Canada en cas de pandémie.

Le sénateur Art Eggleton (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Il m'a fallu donner plusieurs coups avec mon marteau, cette salle étant si vaste. J'ignore combien de temps il faut pour que le bruit soit renvoyé jusqu'au fond de la pièce. Bienvenue à tous.

[*Français*]

Bienvenue au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

[*Traduction*]

Ce soir, nous poursuivons nos audiences portant sur l'état de préparation et de réaction aux pandémies. Nous allons entendre ce soir plusieurs représentants fédéraux et provinciaux réunis en deux groupes d'experts. Nous allons tout de suite commencer avec le premier groupe, tel que vous le voyez installé au bout de la table. Puis, à 20 heures, nous passerons au deuxième groupe, dont la comparution comprendra une vidéoconférence depuis la Colombie-Britannique.

Pour commencer avec le premier groupe, nous accueillons devant nous Allison Stuart, sous-ministre adjointe, Division de la santé publique, ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario. Toujours pour la province de l'Ontario, nous avons la Dre Arlene King, médecin hygiéniste en chef. Pour la province de la Saskatchewan, nous avons la Dre Moira McKinnon, chef des Services de santé. Nous avons également une entité qui est ici représentée à presque chacune de nos réunions, l'Agence de santé publique du Canada. Aujourd'hui, nous allons entendre le Dr Gregory Taylor, directeur général, Bureau de la pratique en santé publique. Est également ici pour répondre à nos questions le Dr John Spika, directeur général, Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses. Je crois que nous avons fait mention du Dr Spika au cours de réunions antérieures. Bienvenue à vous cinq.

Je vais vous entendre dans ce même ordre, à tour de rôle, à moins que vous n'ayez une préférence autre. Je vais commencer avec Mme Stuart. Si vous pouviez nous livrer vos remarques liminaires en l'espace de sept minutes environ, nous vous en serions reconnaissants.

Si je vous appelle docteure, je peux appeler tout le monde docteur. Cela vous convient-il?

Allison Stuart, sous-ministre adjointe, Division de la santé publique, ministère de la Santé et des soins de longue durée, province de l'Ontario : Je ne suis pas médecin, mais allez-y.

Merci de l'invitation qui a été faite à l'Ontario de discuter de l'état de préparation aux pandémies depuis la perspective ontarienne.

Ontario's experience with the outbreak of severe acute respiratory syndrome, SARS, in 2003 exposed us to painful truths about our health system. Despite the extraordinary measures of many people, the overall system proved inadequate to the need at the time.

After SARS, there were extensive studies and reviews to analyze the lessons learned, and these have helped to influence and shape both Ontario's health emergency management program and our pandemic preparedness efforts. These actions were key to Ontario's response to H1N1.

Since SARS, Ontario has made significant investments in public health renewal activities including health emergency management, infection control and communicable disease capacity, health human resources and health system preparedness infrastructure.

The experience of SARS focused the province's attention on the need for effective coordination and communication.

To support this need, a purpose-built ministry operations centre was established, bringing together staff throughout the Ministry of Health and Long-Term Care to provide direction and operational management and support to the health sector during a crisis, and this centre was the primary locus of our H1N1 response.

The operations centre adopted the incident management system, IMS, to strengthen further the province's ability to respond to complex emergencies. As you heard previously, IMS fosters communication and cooperation with, and among, organizations to mount a cohesive response to emergencies.

The years since SARS have brought additional stakeholders to the public health landscape in Ontario. They include the Ontario Agency for Health Protection and Promotion, a centre for providing scientific and technical advice to protect and promote the health of Ontarians.

Although less than a year old at the outset of the H1N1 pandemic, the agency played an important role, including leading the scientific response team, which provided expert advice on the emerging novel virus. This was done in conjunction with other colleagues at the provincial and federal levels.

Having experienced SARS without the benefit of a Public Health Agency, and H1N1 with the benefit of a Public Health Agency, I believe that we have not yet fully utilized the wonderful resources available to us at the national, provincial and territorial levels through the public health agencies in British Columbia, Quebec and Ontario, to work in conjunction with Public Health Agency of Canada. We need to integrate and formalize the services that these agencies can offer for our plans. This integration will benefit all of us.

L'expérience de l'Ontario lors de l'éclosion du syndrome respiratoire aigu sévère, ou SRAS, en 2003, nous a exposés à un certain nombre de douloureuses réalités relativement à notre système de soins de santé. En dépit des mesures extraordinaires prises par de nombreuses personnes, le système dans son entier s'est avéré insuffisant face aux besoins existant à l'époque.

Après la crise du SRAS, il a été mené des études et des examens exhaustifs pour analyser les leçons apprises, et celles-ci ont aidé à influencer sur et à façonner le programme de gestion des situations d'urgence sanitaires de l'Ontario, ainsi que nos efforts de préparation aux pandémies. Ces actions ont été au cœur de la réaction de l'Ontario au H1N1.

Depuis l'éclosion du SRAS, l'Ontario a consenti d'importants investissements dans des activités de renouveau de la santé publique, notamment gestion des urgences sanitaires, prévention de l'infection et capacité face aux maladies transmissibles, ressources humaines en santé et infrastructure de préparation du système de soins de santé.

L'expérience du SRAS a concentré l'attention de la province sur la nécessité d'une coordination et de communications efficaces.

En vue d'appuyer ce besoin, il a été spécialement établi au ministère un centre des opérations, réunissant du personnel de tous les services du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, pour offrir encadrement, gestion opérationnelle et appui au secteur de la santé en cas de crise, et ce centre a été le principal lieu d'exécution de notre réaction au H1N1.

Le centre des opérations a adopté le système de gestion des incidents, ou SGI, en vue de renforcer davantage encore la capacité de la province de réagir aux urgences complexes. Comme vous l'avez déjà entendu dire, le SGI favorise la communication et la collaboration avec et entre les organisations en vue de monter une action concertée en cas de situation d'urgence.

Pendant les années intervenues depuis l'éclosion du SRAS de nouveaux intervenants se sont implantés sur le terrain de la santé publique en Ontario. C'est le cas notamment de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, un centre qui offre des conseils scientifiques et techniques en vue de la protection et de la promotion de la santé des Ontariens.

Bien qu'agé de moins d'un an au tout début de la pandémie du H1N1, l'agence a joué un rôle important, notamment en dirigeant l'équipe d'intervention scientifique qui a fourni des conseils d'expert relativement au nouveau virus émergent. Ce travail a été mené conjointement avec d'autres collègues aux niveaux provincial et fédéral.

Ayant vécu le SRAS sans avoir le bénéfice d'une Agence de santé publique, et ayant vécu le H1N1 sans le bénéfice de l'existence d'une Agence de santé publique, je considère que nous n'avons pas encore pleinement utilisé les merveilleuses ressources qui sont à notre disposition aux niveaux national, provincial et territorial par le biais des agences de santé publique de la Colombie-Britannique, du Québec et de l'Ontario, pour œuvrer conjointement avec l'Agence de santé publique du Canada. Il nous faut intégrer et formaliser les services que peuvent offrir ces agences aux fins de nos plans. Cette intégration nous bénéficiera à tous.

I will talk for a moment now about the Ontario Health Plan for an Influenza Pandemic. The province is working currently on its sixth iteration of the plan. It outlines the roles and responsibilities across Ontario's health system and across different levels of government, providing guidance and tools to support preparedness and response activities.

Most of the decisions and strategies we implemented in response to H1N1 were contemplated and established in Ontario's pandemic plan. Our years of planning ensured that we had clear policy objectives in place prior to the pandemic. The key challenge was titrating the responses to a mild pandemic when our plan, like the plans of other jurisdiction, contemplated a moderate to severe pandemic.

Work is required now at all levels to reflect a range of severity and a range of responses. In other words, we need to be able to turn the dial up or down, as required.

Our ongoing consultation with front-line providers and associations during the planning process was key to our success in Ontario. The relationships we built through this process enabled us to support the close collaboration that we saw during the H1N1 response. We do not want to meet people for the first time in the middle of an emergency.

Effective collaboration is as important at the federal-provincial-territorial levels. Moving forward, there is a need to clarify roles and responsibilities further, particularly as they relate to communications and information sharing. For example, during H1N1, there were health professionals who were confused on whose advice to take when they received clinical guidelines on the same topic from provincial and federal sources, along with their own professional associations and perhaps the local medical officer of health. The good news is that the messaging was, in large part, consistent. However, it is unfair to expect the busy health professional to read through all the documents to conclude that all documents said roughly the same thing.

We need to coordinate and leverage better the strengths and focus of the various levels, while allowing for adjustments to reflect the unique and varying needs of each jurisdiction.

Through the Public Health Agency of Canada and the Public Health Network Council, we have a forum for developing integrated planning and response within the public health sector. Linkages with other aspects of the health care delivery system are less well developed, and would have been beneficial in our H1N1 response. I believe that there is a general recognition that this is an area of further work for us, at the national, provincial and local levels.

Je vais maintenant vous entretenir un moment du Plan ontarien de lutte contre la grippe pandémique. La province œuvre présentement à la sixième version du plan. Ce plan définit les rôles et responsabilités à l'échelle du système de soins de santé de l'Ontario et pour les différents paliers de gouvernement, offrant lignes directrices et outils à l'appui d'activités de préparation et de réaction.

La plupart des décisions et des stratégies que nous avons mises en œuvre en réponse au H1N1 avaient été envisagées et inscrites dans le plan de lutte contre la grippe pandémique de l'Ontario. C'est grâce à nos années de planification que nous avons en place avant la pandémie des objectifs clairs en matière de politique. Le principal défi était celui du titrage des réactions à une pandémie légère alors que notre plan, comme celui d'autres zones, avait été conçu en vue d'une pandémie modérée à sévère.

Il se fait à l'heure actuelle du travail à tous les paliers pour refléter un éventail de degrés de sévérité et un éventail de réactions. En d'autres termes, il nous faut être en mesure de faire un réglage à la hausse ou à la baisse selon le besoin.

Notre consultation permanente auprès d'intervenants et d'associations de première ligne pendant le processus de planification a été au cœur de notre succès en Ontario. Les relations que nous avons établies tout au long de ce processus nous ont permis d'alimenter l'étroite collaboration que nous avons constatée dans la réaction au H1N1. L'on ne veut pas rencontrer les gens pour la toute première fois au beau milieu d'une situation d'urgence.

Une collaboration efficace est tout aussi importante aux niveaux fédéral-provincial-territorial. Pour ce qui est du futur, il importe de clarifier davantage les rôles et responsabilités, notamment en ce qui concerne les communications et l'échange d'informations. Par exemple, pendant la pandémie du H1N1, certains professionnels de la santé étaient confus quant à la question de savoir quels conseils suivre lorsqu'ils recevaient des lignes directrices cliniques sur le même sujet de sources provinciales et fédérales, ainsi que de leurs propres associations professionnelles, et peut-être même du médecin conseil en santé publique local. La bonne nouvelle est que les messages ont, pour la plupart, été uniformes. Cependant, il est injuste de s'attendre à ce qu'un professionnel de la santé très occupé ait le temps de lire tous les documents pour en conclure qu'ils disent tous plus ou moins la même chose.

Il nous faut mieux coordonner et mettre à profit les forces et les spécialités des différents paliers, tout en permettant des rajustements pour refléter les besoins uniques et différents de chaque autorité.

Nous avons, par le biais de l'Agence de la santé publique du Canada et du Conseil du Réseau pancanadien de santé publique, une tribune pour l'élaboration de plans et de réactions intégrés à l'intérieur du secteur de la santé publique. Les liens avec d'autres éléments du système de prestation des soins de santé sont moins bien développés, mais auraient été utiles dans le cadre de notre réaction face au H1N1. Je pense qu'il est généralement convenu qu'il s'agit là d'un aspect auquel il nous faut travailler davantage aux niveaux national, provincial et local.

In Ontario, we are reviewing our H1N1 experience. Three reports have been developed so far, or are in the process of being developed, examining areas of the H1N1 response. An initial report was prepared by Dr. King in her role as Chief Medical Officer of Health as an update to all Ontarians. A second report was prepared by an internal audit team that examined the specific response of the Ministry of Health and Long-Term Care as the lead ministry within the province of Ontario. A report soon to be finalized will weave together the findings of the two previous reports as well as the feedback gleaned from surveys, focus groups and deliberative dialogues with front-line service providers, professional associations, media, the public and our colleague ministries.

Lessons learned, first from SARS and now from H1N1, will help us continue to refine and enhance our pandemic planning and our preparedness strategies because we know the question is not if, it is when. Thank you very much.

The Chair: Thank you. Staying with Ontario, we will move to Dr. Arlene King, Chief Medical Officer of Health.

Dr. Arlene King, Chief Medical Officer of Health, Province of Ontario: Good evening. Thank you for inviting us here to address the important issue of pandemic preparedness and the knowledge we have gained from our response to pandemic H1N1 in 2009.

While I served previously as the Director General of the Centre for Immunization and Respiratory Infectious Diseases at the Public Health Agency of Canada, my comments today are from my perspective as Chief Medical Officer of Health for Ontario.

As you may be aware, I released a report in June, *The H1N1 Pandemic — How Ontario Fared*. Today I will focus on some of the province's challenges during the immunization response.

It is important to note that the pandemic immunization program was the largest and most rapidly executed immunization rollout in Canada's history. It was characterized by the real-time application of science to policy and program development and by real-time public and professional education and communication, often delivered in the space of hours and days. We ordered more than enough vaccine, and it is estimated that as many as five million Ontarians were immunized. Every person who wanted the vaccine received it.

Not surprisingly, though, not everything went smoothly. From the beginning, we had a mismatch between vaccine supply and demand. Early on, the demand was high, catalyzed by the tragic and highly publicized deaths of two Ontario children, and the supply was limited or non-existent. Later in the campaign, we had plenty of vaccine, but the public's interest in being immunized had waned.

En Ontario, nous sommes en train de faire le bilan de notre expérience face au H1N1. Trois rapports qui examinent certains volets de la réponse au H1N1 ont été préparés ou sont en train de l'être. Un rapport initial a été rédigé par la Dre King, dans son rôle en qualité de médecin hygiéniste en chef, en tant que mise à jour pour tous les Ontariens. Un deuxième rapport, portant sur la réaction du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, à titre de ministère directeur pour la province de l'Ontario, a été préparé par une équipe de vérification interne. Un autre rapport, qui sera bientôt finalisé, tissera ensemble les conclusions des deux rapports antérieurs ainsi que la rétroaction glanée dans le cadre de sondages, d'études par des groupes de consultation, et de discussions avec des fournisseurs de services de première ligne, des associations professionnelles, les médias, le public et nos ministères partenaires.

Les leçons apprises, d'abord face au SRAS, puis face au H1N1, nous aideront à continuer de peaufiner et d'améliorer nos stratégies de planification et de préparation en cas de pandémie, car nous savons que la question n'est pas celle de savoir s'il s'en présentera de nouvelles, mais bien quand. Merci beaucoup.

Le président : Merci. Représentant encore l'Ontario, nous allons passer à la Dre Arlene King, médecin hygiéniste en chef.

Dre Arlene King, médecin hygiéniste en chef, province de l'Ontario : Bonsoir. Merci de nous avoir invités ici pour traiter de la question fort importante qu'est celle de l'état de préparation aux pandémies et de ce que nous avons appris de notre réaction à la pandémie du H1N1 en 2009.

Bien qu'ayant déjà servi au poste de directrice générale du Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses à l'Agence de la santé publique du Canada, les observations que je vais vous livrer aujourd'hui s'inscrivent dans ma perspective en tant que médecin hygiéniste en chef de l'Ontario.

Comme vous le savez peut-être, j'ai diffusé en juin un rapport intitulé *Pandémie de grippe H1N1 — Répercussions pour l'Ontario*. Aujourd'hui, je vais me concentrer sur certains des défis qu'a vécus la province pendant la campagne d'immunisation lancée en réaction à la pandémie.

Il est important de souligner que le programme d'immunisation lancé en réponse à la pandémie a été le programme d'immunisation le plus vaste et le plus rapidement exécuté dans toute l'histoire du Canada. Elle a été caractérisée par une application en temps réel de la science à l'élaboration de politiques et de programmes, et par l'éducation et la communication en temps réel auprès du public et des professionnels, souvent en l'espace de quelques heures ou de quelques jours. Nous avons commandé largement assez de vaccins, et l'on estime que jusqu'à cinq millions d'Ontariens ont ainsi été immunisés. Chaque personne désireuse de se faire vacciner l'a été.

Chose guère surprenante, cependant, tout n'a pas fonctionné comme sur des roulettes. Dès le départ, il y a eu un décalage entre l'offre et la demande de vaccins. Très tôt, la demande a été forte, catalysée par la mort tragique et très publicisée de deux enfants ontariens, et l'offre était alors limitée, voire inexistante. Plus tard dans la campagne, nous avions amplement assez de vaccins, mais le désir des Ontariens de se faire immuniser s'était estompé.

Second, we underestimated the logistics of delivering a mass immunization campaign in tight time frames.

Third, although federal, provincial and territorial partners had agreed upon the priority groups to receive the vaccine, this prioritization led to concerns from the public that there was inequity in how the vaccine was administered. Additionally, the sequencing posed many problems for vaccine providers in many parts of Ontario and, I believe, ultimately reduced vaccine uptake.

Finally, the packaging in 500-dose shoeboxes posed problems for many vaccine providers.

A number of additional lessons are to be learned from Ontario's experience with the province's H1N1 immunization rollout that may be relevant to other jurisdictions and the federal government. Public perceptions of the safety of the vaccine and severity of the disease played important roles in the desire of Ontarians to receive the H1N1 vaccine. These perceptions were compounded by confusion over the differences between the adjuvanted and unadjuvanted influenza vaccines. These issues speak to the fact that there is a need for us to work together at all levels to promote the safety of influenza vaccines better, and to communicate clear and consistent messages in support of future immunization campaigns in Canada.

I will also speak for a moment about surveillance. Defining the characteristics of a new emerging infectious disease, and tracking and managing an immunization response are important to every jurisdiction. I applaud the efforts of the federal government to develop a pan-Canadian public health information management solution to track and respond to infectious diseases more effectively. I look forward to the day when this technology, called Panorama, will be implemented in Ontario.

It will enhance the province's ability to collect, share and analyze information about infectious diseases and our immunization programs. This enhanced level of information will be of benefit at the local, provincial and federal levels. Once a robust public health information system is implemented in Ontario, I will be in a much better position to provide more timely and comprehensive information about infectious diseases and our immunization programs. That system will also greatly support our efforts to manage future infectious disease outbreaks.

As with Panorama, the federal level is also well placed to coordinate activities such as the procurement of vaccines and antiviral drugs, the sharing of epidemiologic information on infectious diseases and liaising with the World Health Organization.

Deuxièmement, nous avons sous-estimé l'organisation matérielle de l'exécution d'une campagne de vaccination de masse à l'intérieur de délais très serrés.

Troisièmement, bien que les partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux aient convenu que certains groupes devaient recevoir prioritairement le vaccin, l'établissement d'une telle liste a suscité chez le public la crainte qu'il y ait iniquité sur le plan de l'administration du vaccin. Par ailleurs, le jalonnement de la distribution a posé de nombreux problèmes pour les distributeurs de vaccins dans de nombreuses régions de l'Ontario et a, je pense, réduit en fin de compte l'enthousiasme à l'égard de la vaccination.

Enfin, l'emballage en cartons à chaussures de 500 doses a posé des problèmes pour de nombreux fournisseurs de vaccins.

On peut tirer de l'expérience ontarienne avec son programme provincial d'immunisation contre le H1N1 un certain nombre d'autres leçons pouvant être utiles à d'autres territoires de compétence et au gouvernement fédéral. Les perceptions par le public de l'innocuité du vaccin et de la sévérité de la maladie ont joué un rôle important sur le plan du désir des Ontariens de recevoir le vaccin contre le H1N1. Est venue s'ajouter à ces perceptions une confusion quant aux différences entre le vaccin antigrippal avec adjuvant et celui sans adjuvant. Tous ces éléments font ressortir qu'il importe que nous travaillions ensemble à tous les paliers en vue de mieux promouvoir l'innocuité des vaccins antigrippaux et de communiquer des messages clairs et uniformes à l'appui de futures campagnes d'immunisation au Canada.

Je vais également vous entretenir un instant de la surveillance. La définition des caractéristiques de toute nouvelle maladie infectieuse émergente, et le suivi et la gestion de la stratégie d'immunisation mise à exécution en conséquence, sont choses importantes pour toute autorité. J'applaudis aux efforts consentis par le gouvernement fédéral pour adopter une solution pancanadienne de gestion de l'information sur la santé publique, dans le but d'assurer un suivi et une réponse plus efficaces aux maladies infectieuses. J'attends avec impatience le jour où cette technologie, appelée Panorama, sera mise en application en Ontario.

Cette technologie améliorera la capacité de la province de recueillir, de partager et d'analyser des informations au sujet de maladies infectieuses et de nos programmes d'immunisation. Ce niveau de renseignement accru sera bénéfique aux paliers locaux, provinciaux et fédéral. Une fois un système robuste d'information sur la santé publique mis en œuvre en Ontario, la province sera beaucoup mieux en mesure de fournir des renseignements plus courants et plus exhaustifs au sujet de maladies infectieuses et de nos programmes d'immunisation. Ce système viendra également rehausser sensiblement nos efforts de gestion de toute nouvelle écloison de maladie infectieuse.

Comme dans le cas de l'adoption de la technologie Panorama, le palier fédéral est également bien placé pour coordonner des activités telles l'acquisition de vaccins et d'antiviraux, la mise en commun de données épidémiologiques sur les maladies infectieuses et la liaison avec l'Organisation mondiale de la santé.

In closing, I want to underscore the observation that we must capitalize on the lessons learned from the H1N1 pandemic, and most importantly, act swiftly on them to ensure that we do not miss this opportunity to strengthen further Canada's health emergency readiness. Now is the time to take steps to ensure that we will meet the next influenza pandemic or other health emergency with a robust and highly effective response for the benefit of all Canadians.

Ontario remains committed to continuing to support pandemic preparedness, and we look forward to working in partnership with our federal, provincial, territorial and local partners to implement the lessons learned from H1N1.

The Chair: Now we will move to Saskatchewan, Dr. Moira McKinnon, Chief Medical Health Officer.

Dr. Moira McKinnon, Chief Medical Health Officer, Province of Saskatchewan: I thank the Senate committee members for this opportunity to present on issues on pandemic preparedness and lessons learned from a provincial perspective.

Saskatchewan, as you are aware, has a population of approximately one million people. It is unlike many other provinces in that its population is predominantly rural. The two major cities, Saskatoon and Regina, each have a population of approximately 200,000.

The Ministry of Health was notified on April 19 that a novel influenza virus had been identified and was associated with clusters of severe respiratory infections in Mexico. The response from the Public Health Agency of Canada was swift, with excellent collaboration between provinces and territories.

The key committee, the Scientific Advisory Committee, met on an almost daily basis. It was composed primarily of the key leaders in the Public Health Agency and the chief medical health officers, and was chaired by Dr. David Butler Jones, Chief Public Health Officer of Canada, and Dr. Perry Kendall, Chief Medical Health Officer of British Columbia.

The excellent work of the Public Health Agency of Canada and the network of public health practitioners across Canada resulted in an effective response to the H1N1 pandemic.

At the time, the Ministry of Health in Saskatchewan was in the process of revising its pandemic plan. This process was accelerated, and as the uncertainty as to the severity of the pandemic became apparent, it was nuanced to embrace a range of clinical severity and to bring in risk assessment as a key need in determining response rather than a prescriptive response.

An inter-ministerial committee was set up, and the response to the pandemic virus became a whole-of-government response. These early conversations and deliberations, particularly with Crown corporations, made future discussions and actions easier

En conclusion, j'aimerais insister sur le constat qu'il nous faut mettre à profit les leçons apprises lors de la pandémie du H1N1 et, surtout, y donner suite rapidement pour veiller à ce que nous ne passions pas à côté de cette occasion de renforcer davantage l'état de préparation du Canada en cas d'urgence sanitaire. Le moment est venu de prendre des mesures pour veiller à ce que nous puissions faire face à la prochaine pandémie d'influenza ou autre urgence sanitaire avec une réponse robuste et hautement efficace pour le bien de tous les Canadiens.

L'Ontario demeure engagé à continuer d'appuyer la préparation en cas de pandémie, et nous envisageons avec plaisir de travailler en partenariat avec nos partenaires fédéraux, provinciaux, territoriaux et locaux pour appliquer les leçons apprises lors de la pandémie du H1N1.

Le président : Nous passons maintenant à la Saskatchewan et allons entendre la Dre Moira McKinnon, chef des Services de santé.

Dre Moira McKinnon, chef des Services de santé, Province de la Saskatchewan : Je remercie les membres du comité sénatorial de l'occasion qui m'est ici donnée de vous entretenir de questions relatives à l'état de préparation aux pandémies et des leçons apprises du point de vue de notre province.

La Saskatchewan, comme vous le savez, compte environ un million d'habitants. Elle diffère de plusieurs autres provinces en ce que sa population est principalement rurale. Les deux plus grandes villes, Saskatoon et Regina, comptent chacune environ 200 000 habitants.

Le ministère de la Santé a été avisé le 19 avril qu'un nouveau virus d'influenza avait été identifié et que celui-ci était lié à des foyers d'infection respiratoire grave au Mexique. La réaction de l'Agence de la santé publique du Canada a été vive, et elle a joui d'une excellente collaboration entre les provinces et les territoires.

Le comité clé, le Comité consultatif scientifique, s'est réuni presque quotidiennement. Il était principalement composé des leaders clés au sein de l'Agence de santé publique et des administrateurs en chef de la santé publique, et était présidé par le Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique du Canada, et le Dr Perry Kendall, administrateur en chef de la santé publique de la Colombie-Britannique.

L'excellent travail de l'Agence de la santé publique du Canada et du réseau de professionnels de la santé publique partout au Canada a résulté en une réponse efficace à la pandémie du H1N1.

À l'époque, le ministère de la Santé de la Saskatchewan était en train de revoir son plan d'intervention en cas de pandémie. Ce processus a été accéléré, et, du fait de l'incertitude quant à la sévérité de la pandémie, le plan a été nuancé pour englober une gamme de degrés de sévérité clinique et pour intégrer l'évaluation du risque comme facteur clé dans la détermination de la réponse, au lieu de prévoir une réponse normative.

Il a été créé un comité interministériel, et la réponse à la pandémie virale est devenue une réponse pangouvernementale. Ces premières conversations et délibérations, notamment avec des sociétés d'État, ont fait que les discussions et interventions ont été

than anticipated, particularly in regard to keeping schools open, implementing infection control in workplaces and acceptance of vaccine sequencing.

The daily business of emergency response in Saskatchewan to the pandemic was set around the federal meetings, and the response awaited key decisions from those committees.

The Scientific Advisory Committee meetings were often arduous and with detailed debate in regard to lengthy guidelines. An improvement here could have been to extract the key decision points from the guidelines and discuss those points while the remainder were dealt with off-line. As time went on, many of the guidelines could not be agreed upon, and jurisdictions began to take decisions in the absence of guidelines. The infection control guidelines, including the use of N-95 masks, were an example of these decisions.

Major challenges existed in information flow, collection and rapid analysis. Some of the infrastructure nationally does not exist to enable an almost real-time need for information to make day-to-day decisions, especially when faced by resource limitations. The lack of information was most evident in regard to clinical impacts, the clinical picture and rates of intensive-care admissions. There was not a constant definition, for example, for hospital admissions, which created analytical discrepancies in data between provinces. In some jurisdictions, the definition was an admission to an emergency room; in others, like Saskatchewan, we chose to define hospital admissions as those people that stayed longer than 24 hours.

Manitoba experienced many serious cases in the first wave. Saskatchewan struggled to obtain information during the first wave on the number of hospital admissions and severity of cases in Manitoba. These cases occurred early in the pandemic and many before a diagnostic test was available. Concerned personnel from First Nations and Inuit Health set up a series of webinar presentations that began to shed light on the clinical picture. The Public Health Agency followed suit and set up a clinical symposium in September in Winnipeg and keynote speakers included scientists and policy officers from the southern hemisphere — Chile and Australia — as well as an in-depth discussion of Manitoba's experience in the first wave.

We were able to determine that a significant number were from First Nation communities, and affected communities included those close to the northern border of Saskatchewan. Our response was to heighten surveillance in those communities, both in the first and second waves. Although Saskatchewan followed in general the antiviral guidance determined by the Scientific Advisory Committee, we decided that in the vulnerable communities, predominantly in the First Nations, the antivirals would be made available freely to those with mild disease, not only to those with

plus faciles que prévu, surtout en ce qui concerne le maintien de l'ouverture des écoles, la mise en œuvre de mesures de contrôle de l'infection dans les lieux de travail et l'acceptation du jalonnement de la vaccination.

La réaction d'urgence de la Saskatchewan à la pandémie au quotidien a été mobilisée autour des réunions fédérales, et attendait les décisions clés émanant des différents comités.

Les réunions du Comité consultatif scientifique étaient souvent ardues, animées par des débats en profondeur au sujet de lignes directrices fort longues. Une amélioration en la matière aurait été d'extraire des lignes directrices les points clés pour en discuter, pendant que le reste était examiné en parallèle. Au fil du temps, il n'a pas été possible de s'entendre sur nombre des lignes directrices, et différentes autorités ont commencé à prendre des décisions en l'absence de lignes directrices. Les lignes directrices en matière de prévention des infections, y compris le port de masques N-95, sont un exemple de ces décisions.

Nous avons vécu des défis majeurs en matière de flux, de cueillette et d'analyse rapide d'informations. Il nous manque, au niveau national, certains éléments d'infrastructure nécessaires à la fourniture d'informations presque en temps réel, afin de pouvoir prendre des décisions au jour le jour, surtout lorsque confrontés à des limitations sur le plan des ressources. L'insuffisance de l'information était surtout évidente relativement aux ramifications cliniques, aux tableaux cliniques et au taux d'admissions aux soins intensifs. Il n'y avait par exemple pas de définition constante de ce qui constituait une hospitalisation, ce qui a créé des écarts analytiques au niveau des données pour les différentes provinces. Dans certains territoires de compétence, une hospitalisation était définie comme étant l'admission à une salle d'urgence; ailleurs, comme en Saskatchewan, nous avons choisi de définir une hospitalisation comme étant un séjour de plus de 24 heures dans un hôpital.

Le Manitoba a vécu de nombreux cas graves pendant la première vague. La Saskatchewan a eu de la difficulté pendant la première vague à obtenir de l'information sur le nombre d'admissions à l'hôpital et la gravité des cas au Manitoba. Ces cas sont survenus tôt dans la pandémie, plusieurs d'entre eux avant que ne soit disponible un test diagnostique. Des membres inquiets du personnel de la Direction de la santé des Premières nations et des Inuits ont offert une série de webinaires qui ont commencé à faire la lumière sur le tableau clinique. L'Agence de la santé publique a emboîté le pas en tenant en septembre, à Winnipeg, un symposium clinique avec, comme conférenciers invités, des chercheurs et fonctionnaires chargés de la politique de l'hémisphère Sud — Chili et Australie —, ainsi qu'une discussion approfondie sur l'expérience manitobaine pendant la première vague.

Il nous a été possible de déterminer qu'un nombre important de personnes atteintes étaient originaires de collectivités des Premières nations et que les collectivités touchées comprenaient celles proches de la frontière nord de la Saskatchewan. Notre réponse a été de rehausser la surveillance dans ces localités, tant pour la première que pour la deuxième vagues. Bien que la Saskatchewan ait, de manière générale, suivi les conseils en matière d'antiviraux diffusés par le Comité consultatif scientifique, nous avons décidé que, dans le cas des collectivités

moderate disease. We urged the regional medical health officers to work with chiefs and councils to assess the risk in communities and to increase the vigilance of the communities as a whole. This approach worked well, and collaborative decisions were made with chiefs and councils, for example, in promoting infection control and in deferring festive events.

Saskatchewan made all antivirals currently in pharmacies free including waiving of the dispensing fee. Dispensing free antivirals applied to all Saskatchewan residents, including those under non-insured benefits. A small amount of the antiviral stockpile was released and mechanisms were set up in remote communities for prescription by nurses through phone order.

Information availability was also lacking in regard to vaccine technical detail. I felt considerable discomfort in declaring to the Saskatchewan public that a vaccine was safe when I was not privy to the full information in regard to that vaccine. The Pandemic Vaccine Working Group had access to that information, but the chief medical health officers did not and were asked to trust the expert group. Concerns expressed led to some of the information becoming available and also the use of the National Advisory Committee on Immunization, a well-respected body, to become involved to examine the technical detail and report to the chief medical health officers.

The sequencing of vaccine discussion took a great deal of time and, in the meantime, the epidemiology of the virus was becoming better known. We were making decisions on data that was only a few days old. If we had known the real-time data, the decisions may have been a bit different.

The vaccine, as you are aware, rolled out in relatively small amounts, the first shipments on October 26. Saskatchewan determined that people living in remote and isolated communities and health care workers were to be vaccinated first, followed by pregnant women, women up to four weeks postpartum and children from six months to five years. Existing infrastructure in health care settings was used to provide these vaccinations.

As the vaccine program began, cases of H1N1 were reported, mainly in the northwest. Five people moderately and severely ill with H1N1 were evacuated from remote communities. The communities were being vaccinated at the same time. There were no more evacuations following those first five evacuations. I see this situation as a measure of the effectiveness of the vaccine program in the North. Vaccine rates between 70 per cent and 80 per cent were reached in most Northern communities in the

vulnérables, surtout celles des Premières nations, les antiviraux seraient distribués gratuitement aux personnes présentant de légers symptômes de la maladie, et non pas seulement à celles présentant des symptômes modérés. Nous avons encouragé les conseillers médicaux régionaux à travailler avec les chefs et les conseils pour évaluer le risque dans les collectivités et en améliorer la vigilance d'ensemble. Cette approche a bien fonctionné, et des décisions ont été prises conjointement avec les chefs et les conseils, par exemple, pour promouvoir la prévention de l'infection et pour décourager la tenue d'événements festifs.

La Saskatchewan a décidé que seraient dispensés gratuitement tous les antiviraux alors en pharmacie, sans même de frais d'exécution d'ordonnance. La distribution gratuite d'antiviraux a été offerte à tous les résidents de la Saskatchewan, y compris ceux et celles pour qui de tels médicaments auraient normalement été non assurés. Un petit volant de la réserve d'antiviraux a été dégagé et des mécanismes ont été établis dans les collectivités isolées pour faciliter l'exécution d'ordonnances par des infirmières grâce à un système de commande par téléphone.

Il y a également eu des manquements côté disponibilité d'information en ce qui concerne le détail technique sur les vaccins. Je me suis sentie très mal à l'aise de devoir déclarer au public saskatchewanais qu'un vaccin était sûr, alors que je ne possédais pas toute l'information relative au vaccin en question. Le Groupe de travail sur les vaccins pandémiques avait accès à ces informations, mais ce n'était pas le cas des médecins hygiénistes en chef, à qui l'on demandait de faire confiance au groupe d'experts. Les inquiétudes exprimées ont été telles que certaines des informations ont été rendues disponibles et que l'on a recouru au Comité consultatif national de l'immunisation, organe très respecté, pour qu'il intervienne en vue d'examiner les données techniques et de faire rapport aux médecins hygiénistes en chef.

La discussion quant au jalonnement de la vaccination a demandé énormément de temps et, dans l'intervalle, l'on a commencé à mieux connaître l'épidémiologie du virus. Nous prenions des décisions sur la base de données qui n'étaient vieilles que de quelques jours. Si nous avions eu en main les données en temps réel, les décisions auraient peut-être été quelque peu différentes.

Comme vous le savez, le vaccin a été distribué par blocs de quantités relativement limitées, les premiers envois étant enregistrés le 26 octobre. La Saskatchewan avait décidé que les résidents de localités éloignées et isolées et les travailleurs en soins de santé devaient être vaccinés en premier, suivis par les femmes enceintes, les femmes ayant accouché dans les quatre semaines et les enfants âgés de six mois à cinq ans. L'on a utilisé les établissements existants de l'infrastructure de soins de santé pour offrir ces vaccinations.

Des cas de H1N1 ont été rapportés, principalement dans le Nord-Ouest, alors que nous mettions en œuvre le programme de vaccination. Cinq personnes modérément et gravement atteintes par le H1N1 ont été évacuées depuis des collectivités éloignées. L'on vaccinait en même temps les résidents de ces collectivités. Il n'y a pas eu d'autres évacuations suite à ces cinq premières. Je vois là une mesure de l'efficacité du programme de vaccination dans le nord. Des taux de vaccination d'entre 70 et 80 p. 100 ont

early stage of the second wave. However, the influenza was spreading in the South and many regions set up influenza assessment centres.

The next priority group for vaccination designated by the Scientific Advisory Committee was all people with chronic diseases under the age of 65 years. This group was estimated to be about 300,000 in number, approximately a third of the population of Saskatchewan. The number of vaccines in each allotment was generally known only a day or two before arrival and, in the second week of November, the allotment was only 30,000. This factor was one that led to the reconsideration of vaccine sequencing in Saskatchewan.

Three factors determined Saskatchewan's move to vaccinate children up to the age of 13 years rather than to opening clinics for those with chronic diseases: First, there was insufficient vaccine to provide equitably to the chronic disease group; second, there was evidence from the U.S. that childhood admissions for severe disease were increasing; and, third, there was a clear expression from the community that they would like their children protected. The children were vaccinated using school immunization program infrastructure and processes. Vaccine supply improved, and Saskatchewan opened community clinics in its major centres in the third week of November, rapidly moving from inviting those under the age of 35 with underlying health problems to those under the age of 65 with underlying health problems, and then to all who wanted the vaccine. We did not experience delivery issues or difficulties with queues.

Daily assessment of vaccination rates was available through the Saskatchewan Immunization Management System, a data collection system that has been used for over 10 years. Prior to the pandemic, enhancements were made to the system that allowed for timely, easy access to information by region and subgroup. The overall immunization rate in Saskatchewan was close to 50 per cent. High rates were achieved in seniors, health care workers and children. Immunization rates were lowest in young adults. Saskatchewan is committed to working closely with federal-provincial-territorial partners in going through the lessons learned from the pandemic.

The Chair: Thank you. From the Public Health Agency of Canada, two doctors are here but Dr. Taylor will speak for the agency on this matter.

Dr. Gregory Taylor, Director General, Office of the Public Health Practice, Public Health Agency of Canada: I thank the Senate committee for this opportunity to share some of the lessons learned from the H1N1 pandemic from the perspective of the Public Health Agency of Canada and in relation to the roles of the federal-provincial-territorial governments.

été atteints dans la plupart des collectivités du nord pendant le premier stade de la deuxième vague. Cependant, l'influenza se propageait vers le sud et les régions étaient nombreuses à établir des centres d'évaluation de la grippe.

Le groupe prioritaire suivant, aux fins de la vaccination, désigné par le Comité consultatif scientifique, était celui de toutes les personnes âgées de moins de 65 ans atteintes de maladies chroniques. L'on avait estimé que ce groupe comptait environ 300 000 personnes, soit près de la moitié de la population de la Saskatchewan. Le nombre de vaccins dans chaque distribution était généralement communiqué un ou deux jours seulement avant réception et, dans la deuxième semaine de novembre, il n'était que de 30 000 doses. Ce facteur a été de ceux qui ont résulté en un réexamen de la distribution jalonnée des vaccins en Saskatchewan.

Trois facteurs ont amené la Saskatchewan à décider de vacciner les enfants de jusqu'à 13 ans au lieu d'ouvrir des cliniques pour les personnes souffrant de maladies chroniques. Premièrement, le nombre de vaccins était insuffisant pour pouvoir vacciner équitablement les membres du groupe de personnes atteintes de maladies chroniques; deuxièmement, des données émanant des États-Unis indiquaient que les admissions d'enfants pour infection grave étaient à la hausse; et, troisièmement, la population avait clairement exprimé son désir de voir ses enfants protégés. Les enfants ont ainsi été vaccinés en faisant appel à l'infrastructure et au processus scolaires. L'offre de vaccins s'est améliorée et la Saskatchewan a ouvert des cliniques communautaires dans ses principaux centres pendant la troisième semaine de novembre, passant rapidement d'un ciblage des personnes âgées de moins de 35 ans présentant des pathologies associées à celles âgées de moins de 65 ans présentant des pathologies associées, pour ensuite englober toutes les personnes désireuses de se faire vacciner. Nous n'avons pas vécu de problèmes de distribution, ni de difficultés avec des files d'attente.

L'évaluation quotidienne des taux de vaccination a été possible grâce au Saskatchewan Immunization Management System, un système de collecte de données en place depuis plus de 10 ans. Avant la pandémie, il avait été apporté au système des améliorations qui ont permis l'obtention rapide et facile de données par région et par sous-groupe. Le taux d'immunisation d'ensemble pour la Saskatchewan a approché les 50 p. 100. Le taux a été élevé chez les personnes âgées, les travailleurs en soins de santé et les enfants. Les taux d'immunisation les plus bas ont été enregistrés chez les jeunes adultes. La Saskatchewan s'est engagée à travailler étroitement avec les partenaires fédéraux-provinciaux-territoriaux pour examiner les leçons apprises lors de la pandémie.

Le président : Merci. Deux médecins sont ici pour le compte de l'Agence de la santé publique du Canada, mais c'est le Dr Taylor qui va prendre la parole dans ce dossier, au nom de l'agence.

Dr Gregory Taylor, directeur général, Bureau de la pratique en santé publique, Agence de la santé publique du Canada : Je tiens à remercier le comité sénatorial de m'avoir invité à partager certaines des leçons apprises de la réponse pancanadienne à l'épidémie de grippe H1N1 du point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada, de même qu'en ce qui a trait aux rôles joués par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Throughout the H1N1 response, I assumed various roles, including shifts as event manager of the Health Portfolio Emergency Operations Centre; an alternate federal co-chair of the federal-provincial-territorial Special Advisory Committee on H1N1, SAC; and I also assisted with internal mechanisms training our staff to work in the operations centre and executive decisions in the agency.

In previous presentations from SAC and provincial and territorial witnesses, this committee has learned about the significant progress that federal-provincial-territorial governments have made in working together since the SARS outbreak to improve Canada's overall pandemic planning and response capacity. In my remarks today, I will focus on some of the mechanisms and arrangements that were in place or that evolved pursuant to the H1N1 outbreak to facilitate intergovernmental collaboration and evidence-informed, consistent decision making.

As we have already learned through deliberations, responsibility for public health in Canada is shared among local, provincial, territorial and federal governments. Where a public-held event or infectious disease outbreak occurs that involves more than one province or territory or that may affect other countries, the federal government will take a leadership role in coordinating a national response.

Canada has made significant progress in establishing effective public health networks across jurisdictions to plan for and respond to infectious disease outbreaks. The establishment of the Public Health Network, which my colleagues have alluded to, in 2005 was a key milestone and provided the structure for facilitating a coherent national response during H1N1.

The Public Health Network is an important federal-provincial-territorial mechanism with a mandate to serve as a forum for multilateral intergovernmental collaboration on public health issues. The network is a permanent body that meets regularly and includes participation from all provinces and territories, Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch and the Council of Chief Medical Officers of Health.

As has been discussed previously, the Pan-Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health Sector was already in place when the H1N1 virus emerged. Because the Public Health Network was involved in the development of this plan, the initial response to the H1N1 outbreak was extremely swift. As initial reports of a potential novel influenza virus began trickling in from multiple sources, a number of federal-provincial-territorial and expert public health working groups activated their pandemic response procedures and protocols. This response allowed us to work together to synthesize and interpret emerging public health information and provide timely and informed advice to decision makers. The evidence-based transparent and collaborative

Tout au long de l'intervention relative à la grippe H1N1, j'ai occupé diverses fonctions, notamment des postes à titre de gestionnaire des événements du Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la Santé, et de coprésident fédéral substitut du Comité consultatif spécial fédéral-provincial-territorial sur le virus de la grippe H1N1, ou CCS. En outre, j'ai apporté mon aide en ce qui concerne la formation de notre personnel pour qu'il puisse travailler au sein du centre des opérations d'urgence, en plus d'avoir participé aux décisions de la direction à l'agence.

Durant les présentations antérieures de témoins de l'ASPC et des provinces et territoires, le comité a pris connaissance des progrès importants réalisés par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en travaillant ensemble depuis l'éclosion du SRAS afin d'améliorer la planification et la capacité d'intervention globales en cas de pandémie. Ma présentation d'aujourd'hui portera principalement sur certains des mécanismes et des modalités en place, ou qui ont évolué des suites de l'épidémie de grippe H1N1, en vue de faciliter la collaboration entre les gouvernements ainsi qu'un processus décisionnel uniforme orienté par des données probantes.

Comme vous l'avez déjà appris dans le cadre de vos délibérations, la responsabilité en matière de santé publique au pays se partage entre les gouvernements locaux, provinciaux, territoriaux et fédéral. Lorsque survient un événement de santé publique ou une épidémie de maladie infectieuse impliquant plus d'une province ou d'un territoire, ou susceptible de toucher d'autres pays, le gouvernement fédéral prendra la tête de la coordination de la réponse nationale.

Le Canada a réalisé d'importants progrès dans l'établissement de réseaux de santé publique efficaces au sein des administrations en vue de se préparer et d'intervenir en cas d'épidémie de maladie infectieuse. La mise sur pied du Réseau de santé publique, qu'ont évoquée mes collègues, en 2005, a été un jalon clé et a fourni la structure pour faciliter une intervention nationale cohérente pendant l'éclosion de la grippe H1N1.

Le Réseau de santé publique est un important mécanisme fédéral-provincial-territorial dont le mandat est de servir de tribune pour la collaboration multilatérale intergouvernementale sur les questions de santé publique. Il est un organe permanent qui se réunit régulièrement et qui compte des participants de toutes les provinces et des territoires, de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada et du Conseil des médecins hygiénistes en chef.

Comme cela a déjà été indiqué, le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé était déjà en place lors de l'apparition du virus H1N1. Le Réseau de santé publique ayant participé à l'élaboration de ce plan, la réponse initiale à l'épidémie de H1N1 a été très prompte. À mesure que les premiers rapports concernant un nouveau virus potentiel de la grippe commençaient à affluer de sources multiples, un certain nombre de groupes de travail fédéraux-provinciaux-territoriaux ainsi que d'experts en santé publique ont mis en branle leurs procédures et protocoles d'intervention en cas de pandémie. Cette réaction nous a permis de collaborer afin de synthétiser et d'interpréter les renseignements émergents en santé publique, en

approach that federal-provincial-territorial deputy ministers of health took in responding to the H1N1 pandemic was mirrored by health ministers and other officials across the country, both within their respective governments and in the public communication. This approach ensured a more effective response.

During the H1N1 outbreak, deputy ministers and the Public Health Network met more frequently than usual and federal-provincial-territorial governance structures evolved to enable timely decision making. As the potential scope of the crisis became more evident, deputy ministers implemented a command-and-control-type structure that allowed for effective collaboration in several core response areas. This collaboration was made possible by a healthy level of trust between jurisdictions.

One of the most important federal-provincial-territorial committees to emerge during H1N1 was the federal-provincial-territorial Special Advisory Committee on H1N1. Co-chaired by Dr. David Butler-Jones and Dr. Perry Kendall, the Provincial Health Officer of British Columbia, this group brought together membership from the Public Health Network Council and the Council of Chief Medical Officers of Health. The group met daily at the outset of the pandemic, and then with decreasing frequency as the outbreak progressed. SAC became a key focal point for providing timely public health advice on H1N1 to deputy ministers of health and, through them, to federal-provincial-territorial ministers.

Under SAC, another important committee was the Pandemic Coordination Committee, which oversaw an extensive federal-provincial-territorial workplan involving a number of task groups and hundreds of staff, which resulted in an extensive list of materials, including guidelines and recommendations to SAC. This innovative management approach has since been recognized for its ability to dispense timely advice to all levels of government through its nomination as a finalist for the 2010 Innovative Management Award of the Institute of Public Administration of Canada. The implementation of this governance structure added stability to the federal-provincial-territorial H1N1 response and allowed deputy ministers to have increased oversight and decision making.

During the pandemic, communication was perhaps our strongest asset. There was an unprecedented level of collaboration between federal, provincial and territorial governments to ensure Canadians received clear, consistent and timely information in regard to making appropriate decisions to protect themselves and their families from infections. Federal-provincial-territorial communication officials had the benefit of a detailed plan, which can be found in Annex K of the *Pan-Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health*

plus de fournir aux décideurs des conseils opportuns et éclairés. L'approche transparente, collaborative et fondée sur des données probantes, adoptée par les sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé en réponse à la pandémie de H1N1, a été reprise par les ministres de la santé et d'autres fonctionnaires à travers le pays, tant au sein de leurs propres gouvernements que dans leurs communications publiques. Cette approche a permis d'assurer une intervention plus efficace.

Pendant la pandémie du H1N1, les sous-ministres et le Réseau de santé publique se sont réunis plus fréquemment qu'à l'habitude, et les structures de gouvernance fédérales, provinciales et territoriales ont évolué afin de permettre la prise de décisions en temps opportun. Au fur et à mesure que l'ampleur éventuelle de la crise se précisait, les sous-ministres ont instauré une structure de type commandement et contrôle qui a facilité une collaboration efficace dans plusieurs volets clés d'intervention. Cette collaboration a été rendue possible par le bon niveau de confiance entre les différentes autorités.

L'un des plus importants comités fédéraux-provinciaux-territoriaux à émerger pendant la pandémie du H1N1 a été le Comité consultatif spécial fédéral-provincial-territorial sur le virus de la grippe H1N1. Ce groupe, coprésidé par le Dr David Butler-Jones et le Dr Perry Kendall, l'agent provincial de la santé de la Colombie-Britannique, a réuni des membres du Conseil du Réseau de santé publique et du Conseil des médecins hygiénistes en chef. Le groupe s'est réuni tous les jours au début de la pandémie, puis moins fréquemment au fil de l'évolution de la pandémie. Le Conseil consultatif spécial est devenu un centre de liaison clé pour l'offre de conseils opportuns en santé publique concernant la grippe H1N1 aux sous-ministres de la santé et, par leur intermédiaire, aux ministres fédéraux-provinciaux-territoriaux.

Un autre comité important, relevant du CCS, a été le Comité de coordination de la lutte contre la pandémie, qui a surveillé l'exécution d'un vaste plan de travail fédéral-provincial-territorial faisant intervenir plusieurs groupes de travail et des centaines d'employés et qui a résulté en une liste exhaustive de matériel, dont des lignes directrices et des recommandations au CCS. Cette approche de gestion novatrice a, depuis, été reconnue pour sa capacité de fournir des conseils en temps opportun à tous les paliers de gouvernement grâce à sa nomination en tant que finaliste pour le Prix 2010 de l'Institut d'administration publique du Canada pour gestion innovatrice. La mise en œuvre de cette structure de gouvernance a ajouté de la stabilité à l'intervention fédérale-provinciale-territoriale relative à la grippe H1N1 et permis aux sous-ministres d'exercer une surveillance accrue et d'intervenir davantage dans le processus décisionnel.

Pendant la pandémie, la communication a peut-être été notre meilleur atout. Il y a eu un degré de collaboration sans précédent entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en vue de veiller à ce que les Canadiens reçoivent des informations claires, uniformes et en temps opportun, afin d'être en mesure de prendre les bonnes décisions pour se protéger, eux-mêmes et leurs familles, contre l'infection. Les agents fédéraux, provinciaux et territoriaux responsables des communications ont bénéficié d'un plan détaillé,

Sector. Annex K outlines common communication objectives at each stage of a pandemic declared by the World Health Organization, and delineates jurisdictional roles and responsibilities.

I also note that First Nation, Inuit and Metis representatives participated within the Public Health Network as part of the response to the H1N1 virus. Early involvement of their leadership was seen as integral to an effective response to related communication.

In an environment where the scientific evidence on the virus was constantly evolving, the success of a response effort was, in large part, due to the dedicated effort of all jurisdictions to learn from each other's experience and base decisions on the best available advice from the chief medical or public health officers and experts. The lack of a pan-Canadian electronic public health surveillance system created challenges for jurisdictions during the outbreak and hindered the real-time ability to adapt responses to the ever-changing environment. This situation demonstrated the need for a more robust pan-Canadian public health surveillance system, in which work is currently under way.

A memorandum of understanding on roles and responsibilities in pandemic influenza preparedness and response for the health sector in the 2009 H1N1 outbreak was agreed to in principle by all federal-provincial-territorial ministers of health except Quebec, in September 2009. This important milestone built on other agreements delineating jurisdictional roles and responsibilities that followed the SARS outbreak, and were key parts of the overall Public Health Network mandate. For example, the MOU was instrumental in facilitating negotiations of the 60:40 federal-provincial-territorial cost-sharing agreement for influenza vaccine and antivirals. The federal, provincial and territorial governments are already working hard to finalize a post-H1N1 MOU for pandemics.

Finalizing formal agreements on federal, provincial and territorial roles and responsibilities and other initiatives, such as the Multi-lateral Information Sharing Agreement, will further strengthen collaborative preparedness efforts. A fully established federal-provincial-territorial body has already reviewed and ratified the proposed direction for information-sharing agreement development, and the Public Health Network Council has agreed to a multilateral approach; the inclusion of biological substances; and a generic main body on infectious disease, plus technical schedules dealing with specific infectious diseases and public health events.

Collaborative multi-jurisdictional agreements will continue to be strengthened, and governments will apply lessons learned from the H1N1 experience to update and refine the national pandemic

qui se trouve à l'Annexe K du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*. Cette annexe présente les objectifs communs de communication pour chaque étape d'une pandémie déclarée par l'Organisation mondiale de la santé et précise les rôles et responsabilités des administrations.

Je souhaite également souligner que des représentants des Premières nations, des Inuits et des Métis ont pris part au Réseau de santé publique dans le cadre de la réponse au virus H1N1. L'intervention rapide de leur leadership a été perçue comme faisant partie intégrante d'une réponse efficace sur le plan de la communication.

Dans un contexte où la preuve scientifique relativement au virus évoluait sans cesse, le succès de notre réponse est, dans une large mesure, attribuable à l'effort soutenu de toutes les administrations de tirer des leçons de l'expérience des autres et de fonder leurs décisions sur les meilleurs conseils offerts par les médecins chefs ainsi que les agents de la santé publique et les experts. L'absence d'un système électronique pancanadien de surveillance de la santé publique a créé des défis pour les administrations durant l'éclosion et a entravé la capacité d'adaptation en temps réel des interventions à une situation sans cesse changeante. Cette situation a fait ressortir la nécessité de l'établissement d'un système pancanadien de surveillance de la santé publique plus robuste, travail qui est déjà en cours.

Un protocole d'entente sur les rôles et responsabilités en matière de préparation et de réaction à une pandémie d'influenza pour le secteur de la santé, dans le contexte de l'éclosion du H1N1 en 2009, a été entériné en principe par tous les ministres de la santé fédéraux-provinciaux-territoriaux, exception faite du Québec, en septembre 2009. Cet important jalon fait fond sur d'autres ententes délimitant les rôles et responsabilités des administrations, qui ont été adoptées suite à l'éclosion du SRAS, et a été un élément clé du mandat d'ensemble du Réseau de santé publique. Par exemple, le protocole d'entente a facilité la négociation de l'accord fédéral-provincial-territorial de partage des coûts 60 40 pour le vaccin antigrippal et les antiviraux. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux travaillent déjà d'arrache-pied pour finaliser un protocole d'entente post-H1N1 en cas de pandémie.

La finalisation d'accords formels relatifs aux rôles et responsabilités des paliers fédéral, provincial et territorial et d'autres initiatives, telles l'entente multilatérale sur l'échange d'informations, viendront renforcer encore les efforts de préparation coopérative. Un organe fédéral-provincial-territorial pleinement établi a déjà examiné et ratifié l'orientation proposée, en vue de l'élaboration d'ententes de mise en commun d'informations, et le Conseil du Réseau de santé publique a convenu d'une approche multilatérale, de l'inclusion des substances biologiques et d'un protocole principal générique pour les maladies infectieuses, complété par des annexes techniques traitant de certaines maladies infectieuses et de certains événements de santé publique.

Les ententes collaboratives multipartites continueront d'être renforcées, et les gouvernements appliqueront les leçons apprises de l'expérience du H1N1 pour mettre à jour et peaufiner le plan

plan. Work is under way in these areas and federal-provincial-territorial governments will continue to work together to address several of the issues we have outlined today. For instance, the Pan-Canadian Public Health Network has initiated a comprehensive review and update of the Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health Sector.

At the federal level, the health portfolio has an opportunity to learn from its experience in responding to the pandemic and is currently working on a lessons-learned review for the portfolio. Information gathered during this review will inform the response to future pandemics and other national health emergencies.

In closing, I am proud of the response to the H1N1 pandemic of governments, our partners, and of individuals. At every step of the way, all players understood the imperative to work together to better protect the health of Canadians. We have been fortunate to have a network that links all these players with stakeholders and provincial, territorial and federal governments.

For the agency specifically, the H1N1 pandemic was a critical test of our abilities on all levels. Specifically, the relationship between provincial and territorial governments and the Government of Canada was a key factor in mitigating the impact of the H1N1 outbreak on the health of Canadians.

The Chair: Thanks very much to all of you. I also want to welcome Dr. Butler-Jones, who has been with us before. He is seated in the audience tonight. We also have Senator Kochhar here, who is a guest senator. Welcome.

We will go to questions, and, as usual, we will start with the first segment and then go to members of the committee.

First, I will ask a question of Ms. Stuart. You referred to three reports that you are preparing in Ontario, one of which is soon to be released. When will that report be released? Is it in the time frame of our study? Is that something we may find beneficial? Can we obtain copies?

Ms. Stuart: We can commit to sharing with you the report once it is released, and I anticipate that will be completed before the end of the calendar year.

The Chair: If it is released sooner, that will help us. We will be finished before the end of the calendar year as well. Whatever information you can supply that is part of your review and that may be helpful to us, we will appreciate.

An area that has been discussed by each of you is the federal-provincial-territorial memoranda of understanding. Supposedly, these MOUs are to provide for better coordination between the different entities that are responsible for pandemic preparedness and response, and yet various comments have been made that indicate room for improvement.

national en cas de pandémie. Des travaux sont en cours dans ces domaines et les gouvernements fédéral-provinciaux-territoriaux continueront d'œuvrer ensemble à la résolution de plusieurs des questions que nous avons étagées aujourd'hui. Par exemple, le Réseau pancanadien de santé publique a entrepris un examen en profondeur et une mise à jour du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé.

Au niveau fédéral, le portefeuille de la santé a l'occasion de tirer des leçons de son expérience acquise dans le cadre de son intervention durant la pandémie, et il œuvre présentement à un examen du portefeuille sur la base des leçons apprises. Les renseignements recueillis dans le cadre de cet exercice orienteront la réponse à toute nouvelle pandémie ou autre urgence sanitaire nationale.

En conclusion, je suis fier de la réponse à la pandémie du H1N1 livrée par les gouvernements, nos partenaires et la population. À chacune des étapes, tous les intervenants ont compris la nécessité de travailler ensemble pour mieux protéger la santé des Canadiens. Nous avons eu le bonheur de pouvoir compter sur un réseau assurant le lien entre tous ces intervenants ainsi que les parties prenantes et gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral.

Dans le cas de l'agence plus particulièrement, la pandémie du H1N1 a été un test critique de nos capacités à tous les niveaux. La relation entre les gouvernements provinciaux et territoriaux et le gouvernement du Canada, surtout, a été un facteur clé dans l'atténuation de l'incidence de l'éclosion du virus H1N1 sur la santé des Canadiens.

Le président : Merci beaucoup à vous tous. Je tiens également à souhaiter la bienvenue au Dr Butler-Jones, qui a déjà été des nôtres ici. Il est ce soir dans l'assistance. Est également présent, à titre d'invité, le sénateur Kochhar. Bienvenue.

Nous allons maintenant passer aux questions et allons, comme à l'habitude, commencer avec le premier segment, puis passer aux membres du comité.

J'aurai tout d'abord une question pour Mme Stuart. Vous avez fait état de trois rapports que vous êtes en train de préparer en Ontario et dont l'un devrait être diffusé sous peu. Quand ce rapport paraîtra-t-il? À l'intérieur du calendrier prévu pour notre étude? Est-ce un document qui nous serait peut-être utile? Pourrions-nous en obtenir des copies?

Mme Stuart : Nous pourrions nous engager à vous fournir le rapport dès sa publication, et je compte que cela se fera d'ici la fin de l'année civile.

Le président : S'il paraissait plus tôt, cela nous rendrait service. Nous aussi allons terminer avant la fin de l'année civile. Nous vous serions reconnaissants de nous fournir toute information faisant partie de votre examen et qui pourrait nous être utile.

Un élément dont chacun d'entre vous a traité est le protocole d'entente fédéral-provincial-territorial. Ces protocoles d'entente sont censés assurer une meilleure coordination entre les différentes entités responsables de la préparation et de la réaction aux pandémies; or, selon plusieurs observations qui ont été faites, il y aurait place à l'amélioration.

Ms. Stuart, you said there is a need for a better job of coordinating and leveraging the strengths and focuses of the various levels, while allowing for adjustments to reflect the unique and varying needs of each jurisdiction. You spoke about health professionals being confused as to whose advice to take when they receive clinical guidelines.

Dr. McKinnon, you said information also is not available with regard to vaccine technical detail and that you felt considerable discomfort in declaring to the Saskatchewan public that a vaccine was safe when you were not privy to the full information in regard to that vaccine. The Pandemic Vaccine Working Group had access to that information, but the chief medical officers did not, and were asked to trust the expert group.

Is this MOU on sharing of information an effective tool? Where does it need to be improved upon? Who wants to start? Maybe I will ask Dr. McKinnon. With that last comment I made, where do you think the improvement needs to be?

Dr. McKinnon: To begin with, the Public Health Agency responded quickly to those concerns and we became privy to additional information. In the complexity of relationships among the vaccine industry, the federal government and the provincial governments, some detail can be streamlined so that certain people receive additional information about some of the key technical aspects of vaccines, particularly when we have to move the vaccine so quickly.

The Chair: Does anybody from the Public Health Agency have any comment?

Dr. John Spika, Director General, Centre for Immunization and Respiratory Infectious Diseases, Public Health Agency of Canada: There were issues in terms of what could be shared and what could not be shared. In regard to the information on the vaccine, a lot of information was the result of studies that all had proprietary information. The groups that were mentioned that were reviewing the vaccines had to sign confidentiality agreements to have access. We need to look more carefully at how some of that information can be shared better, and perhaps, who it needs to be shared with.

Obviously, there was an interest from people using the vaccine to have more access, and not restricting access only to the people who were making the recommendations. That access is something that needs further discussion because it clearly is an issue.

The Chair: These people who did not have that information were chief medical officers. That sounds like a fairly high position. I do not know why they would not be trusted with that information.

One issue raised was that there was not a lot of the vaccine available in the initial instant when the demand was high, and by the time that vaccine was available later, the demand had substantially decreased.

Madame Stuart, vous avez dit qu'il importe de faire un meilleur travail de coordination et de mise à profit des forces et des orientations à tous les niveaux, tout en permettant des rajustements pour refléter les besoins uniques et divers de chaque autorité. Vous avez parlé de la confusion des professionnels de la santé quant à savoir quels conseils suivre lorsqu'ils reçoivent des lignes directrices cliniques.

Docteure McKinnon, vous avez parlé de l'absence d'information relativement aux données techniques sur les vaccins et déclaré avoir été mal à l'aise avec l'idée de déclarer au public saskatchewanais qu'un vaccin était sans risque alors que vous ne possédiez pas toute l'information à son sujet. Le Groupe de travail sur les vaccins pandémiques avait accès à cette information, mais ce n'était pas le cas des médecins hygiénistes en chef, à qui on demandait de faire confiance au groupe d'experts.

Ce protocole d'entente sur la mise en commun d'informations est-il un outil efficace? Quels en sont les éléments qui doivent être améliorés? Qui aimerait commencer? Je vais peut-être faire appel à la Dre McKinnon. Pour reprendre le dernier commentaire que j'ai fait, où pensez-vous que les améliorations doivent être apportées?

Dre McKinnon : Pour commencer, l'Agence de la santé publique du Canada a réagi rapidement à ces préoccupations et on nous a fourni des renseignements supplémentaires. Dans le contexte des relations complexes entre l'industrie des vaccins, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux, certaines informations détaillées peuvent être simplifiées afin que certains intervenants puissent recevoir des données supplémentaires au sujet de certains aspects techniques importants des vaccins, surtout lorsque nous devons distribuer très rapidement le vaccin.

Le président : Quelqu'un de l'Agence de la santé publique du Canada aurait-il quelque commentaire à faire?

Dr John Spika, directeur général, Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses, Agence de la santé publique du Canada : Il y avait des problèmes quant à ce qui pouvait être communiqué et ce qui ne le pouvait pas. En ce qui concerne les informations sur le vaccin, il y en avait beaucoup qui étaient le fruit d'études en propriété exclusive. Les groupes qui ont été mentionnés et qui examinaient les vaccins devaient, pour avoir accès à l'information, signer des ententes de confidentialité. Il nous faut examiner de plus près la façon de mieux partager certaines de ces informations et, peut-être, avec qui elles doivent être partagées.

Les personnes utilisant le vaccin souhaitaient bien évidemment avoir un meilleur accès et ne voulaient pas que l'accès soit limité aux seules personnes faisant les recommandations. Cet accès est un aspect dont il faudra discuter davantage, car il s'agit clairement d'un problème.

Le président : Ces personnes qui n'avaient pas en main ces informations étaient les médecins hygiénistes en chef. Il s'agit, ce me semble, de postes plutôt élevés. Je ne sais pas pourquoi on ne leur ferait pas confiance avec ces informations.

Un aspect qui a été soulevé est qu'il n'y avait pas un volume important de vaccin disponible au début, au moment où la demande était forte, et que lorsque le vaccin a été disponible par la suite, la demande avait sensiblement diminué.

How do we make this vaccine more readily available, and how do we ensure the information is distributed so that the chief medical officers of health can have that kind of information and the trust to be able to divulge it as is necessary?

Dr. Spika: I agree. In part the issue was more a mechanical one. A company required signed confidentiality agreements, and maybe it was a matter of not having the process in place to pull off that requirement rapidly, but we could in the future.

Dr. Taylor: Perhaps I can make a comment in general about the MOU. That MOU and information agreement signed by all jurisdictions has broad strokes about sharing the information in an emergency. We are trying now to craft the specific details of the information-sharing agreements, which are intended to be legally binding and multilateral, that is, all jurisdictions, at least initially, signing one document because the jurisdictions can agree to share information between them. In those agreements is the attempt to iron out some of the specifics. However, in all cases, we can never foresee every possible bit of information we will need to share so it is a balance between formalized arrangements, which commits government-to-government sharing — and that is what these MOUs and information-sharing agreements will be — and informal arrangements. When something comes up, they have to build a trust between jurisdictions to make the call to obtain the information they need.

The Chair: Another issue that has come up is what some people thought was a contradiction in messaging between the Public Health Agency and the provinces or people at the local level, messages pertaining to vaccine safety that we were talking about, as one example.

How do you propose to resolve that issue? The public can become confused with different messages and the media will report, of course, all the different messages that are there.

Dr. Spika: From a federal level, we tried as best we could to ensure that the messaging was consistent, at least between the provincial and territorial governments and ourselves. We heard that there were differences in the messaging based on local situations, but there was also a lot of messaging taking place outside what the provinces, territories and the federal government distributing, in part because, as we discussed before, we were in the Internet technology age. Cell phones were used. The information we were working with was not black and white. We had to deal with many unknowns. Perhaps that challenge is the real one. We have to work forward on how one messages and creates common messaging when there are so many unknowns to

Comment faire en sorte que le vaccin soit plus rapidement disponible et comment veiller à ce que l'information soit distribuée afin que les médecins hygiénistes en chef puissent en disposer et jouir d'une confiance suffisante pour pouvoir la disséminer selon les besoins?

Dr Spika : Je suis d'accord. Le problème était en partie d'ordre davantage mécanique. Une compagnie a exigé des ententes de confidentialité signées, et peut-être que le problème a été qu'il n'y avait pas en place de mécanisme pour satisfaire rapidement cette exigence, mais ce pourrait être réglé pour l'avenir.

Dr Taylor : Je pourrais peut-être faire une observation générale au sujet du protocole d'entente. Ce protocole d'entente, et l'accord en matière d'information signé par toutes les autorités, comportent des conditions générales quant au partage d'informations en situation d'urgence. Nous œuvrons présentement à l'élaboration du menu détail des ententes sur l'échange de renseignements, qui sont censées être exécutoires et multilatérales, c'est-à-dire, au moins au départ, être uniques et signées par toutes les administrations, celles-ci pouvant convenir d'échanger entre elles les renseignements. Ces ententes renferment une intention de couvrir certains éléments du détail. Cependant, quelle que soit la situation, il ne nous est jamais possible de prévoir chaque élément d'information qu'il nous faudra communiquer, alors il s'agit d'un jeu d'équilibre entre des arrangements formels, instaurant une communication d'information de gouvernement à gouvernement — et c'est ce que seront ces protocoles d'entente et ces ententes sur l'échange de renseignements —, et des arrangements informels. Lorsque quelque chose survient, alors il faut que s'établisse entre les administrations une relation de confiance telle qu'elles peuvent appeler pour obtenir l'information dont elles ont besoin.

Le président : Une autre question qui a été soulevée est que certains pensaient qu'il y avait une contradiction sur le plan des messages entre l'Agence de la santé publique du Canada et les provinces ou les gens au niveau local, et je veux parler ici des messages concernant l'innocuité des vaccins dont nous parlions, à titre d'exemple.

Comment proposez-vous de régler ce problème? Le public peut devenir confus avec les différents messages, et les médias livreront, bien sûr, tous les messages en circulation.

Dr Spika : Du point de vue fédéral, nous avons fait de notre mieux pour veiller à ce que les messages soient uniformes, en tout cas entre les gouvernements provinciaux et territoriaux et nous-mêmes. Nous avons entendu dire qu'il y avait des différences quant aux messages sur la base des situations locales, mais il y avait également beaucoup de messages autres que ceux distribués par les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral, ce en partie du fait, comme nous en avons fait état, de l'ère de la technologie d'Internet que nous vivons. Les gens ont utilisé leur téléphone cellulaire. L'information avec laquelle nous travaillions n'était pas définitive. Nous faisons face à de nombreuses inconnues. Peut-être que c'est là que réside le vrai défi. Il nous faut nous appliquer à

deal with. An interesting perspective would be how provincial-territorial governments might view that messaging be done in a better way.

There were so many voices. Particularly some of the larger provinces had major challenges with spokespeople addressing all kinds of issues.

The Chair: Provinces, what do you say about that challenge?

Dr. King: I will comment on the challenges associated with introducing a new vaccine in the middle of a pandemic. We had not had any previous experience using an adjuvanted influenza vaccine in this province, so in addition to the usual messaging around vaccine safety that we provided, we also had to explain about the new phenomenon, which was an adjuvant.

This recommendation to use an adjuvanted vaccine, or a dose-bearing vaccine, was made by the WHO. Canada agreed to those recommendations and supported them, and the product we used largely was an adjuvanted product.

One lesson learned is that it is difficult to implement anything new in the middle of an emergency. In future, therefore, we need to think hard about the kinds of technologies that we introduce on the spur of the moment. I believe we have a better appreciation of the challenges associated with introducing new technologies in the middle of a lot of concern, and trying to roll out a program at the same time. That is my initial comment about trying to convert science to policy, to programs and to public and professional communications in a contracted time frame. That challenge was an unprecedented feat for all of us.

One key lesson learned is to try to avoid something brand new in the middle of an emergency.

Ms. Stuart: Part of the question that you asked was in terms of contradictory messages. One lesson we all need to come to terms with is that in this day of instant messaging, we need to change our approaches to communication. I can speak only for the Province of Ontario, but approval processes to deliver the new message, ensuring it is properly crafted and so on takes more time than two individuals sending little tweets to each other that then are passed on to many other people. The situation requires all of us to rethink our communication — to look at and understand that there will be contradictory messages, especially in instant messaging, and how we manage those contradictory messages.

Dr. Spika: To pick up on something Dr. King mentioned in terms of a vaccine, the one thing we do not want to do during a pandemic is to introduce something that is new. Unfortunately

l'avenir à la façon de livrer le message et de créer des messages communs, alors même qu'il intervient un si grand nombre d'inconnues. Il serait intéressant de savoir comment les gouvernements provinciaux-territoriaux envisageraient une meilleure livraison des messages.

Les voix que l'on entendait étaient fort nombreuses. Certaines des plus grosses provinces, notamment, ont fait face à de grosses difficultés du fait de la multitude d'intervenants traitant de toutes sortes de choses.

Le président : Qu'auraient à dire les représentants des provinces au sujet de ce défi?

Dre King : Je vais vous entretenir des défis liés à l'introduction d'un nouveau vaccin au beau milieu d'une pandémie. Dans notre province, nous n'avions eu aucune expérience préalable de l'utilisation d'un vaccin antigrippal avec adjuvant, et donc, en plus des messages habituels au sujet de l'innocuité des vaccins que nous avons communiqués, il nous a également fallu fournir des explications au sujet du nouveau phénomène, c'est-à-dire l'adjuvant.

Cette recommandation d'utiliser un vaccin avec adjuvant, ou un vaccin dosifié, est venue de l'OMS. Le Canada a accepté et appuyé ces recommandations, et le produit que nous avons utilisé largement était un produit avec adjuvant.

L'une des leçons apprises est qu'il est difficile de mettre en œuvre quelque chose de nouveau au beau milieu d'une urgence. À l'avenir, donc, il nous faudra réfléchir sérieusement aux genres de technologies que nous introduirons sous l'impulsion du moment. Je pense que nous comprenons mieux les défis liés à l'introduction de nouvelles technologies au beau milieu d'une crise, alors même que nous nous efforçons en même temps d'exécuter un programme. Voilà le commentaire initial que je ferais quant à l'idée d'essayer de convertir la science en politiques, en programmes et en communications publiques et professionnelles, tout cela à l'intérieur d'un cadre temporel très comprimé. Ce défi à relever a pour nous tous été sans précédent.

Une grande leçon apprise est qu'il nous faut essayer d'éviter d'introduire quoi que ce soit de tout à fait nouveau au beau milieu d'une situation d'urgence.

Mme Stuart : Une partie de la question que vous avez posée concernait les messages contradictoires. Une leçon qu'il nous faut tous bien assimiler est qu'en cette ère de messagerie instantanée, il nous faut changer nos approches en matière de communication. Je ne peux que me prononcer pour la Province de l'Ontario, mais les mécanismes d'approbation pour livrer le nouveau message, veiller à ce qu'il soit bien formulé et ainsi de suite, demandent plus de temps que le simple envoi de petits gazouillages entre deux personnes à tout un tas d'autres parties. La situation exige de nous tous que nous repensions notre communication — que nous acceptions et comprenions qu'il y aura des messages contradictoires, surtout du fait du phénomène de la messagerie instantanée, et déterminions comment gérer ces messages contradictoires.

Dr Spika : Pour revenir sur une chose qu'a mentionnée la Dre King au sujet des vaccins, la chose que nous ne voulons pas faire pendant une pandémie c'est introduire quelque chose de

that is what we did. We need to take a more strategic approach to what kinds of vaccines we use on an annual basis so hopefully we do not have this situation happen again.

Ten years ago, when we put in place the existing 10-year contract we have for pandemic vaccine supply, an adjuvanted vaccine was already licensed in Europe for the elderly. Cell-culture vaccine was well on its way in terms of development, and the nasal vaccine was under licensure approval in the United States. However, in 2009, when we had the pandemic, none of those technologies were yet available in Canada. We would like to have had access to those kinds of technologies; cell-culture vaccine because it could have knocked perhaps four weeks off the time it took to obtain vaccine for us.

If we have a more strategic approach in the future to bring these vaccines into use in Canada, although that approach may mean extra costs because the vaccines are more costly, we will be better positioned in the future.

Senator Eaton: I find this discussion fascinating.

Did all public health officers and Health Canada have a daily morning phone call to discuss the latest issues of the pandemic, how things were rolling out and the messaging?

Dr. Taylor: Initially, yes, the Special Advisory Committee met daily.

Senator Eaton: The delivery systems of some provinces seemed to have functioned with more ease than others. Have you talked since to share information on what worked and what did not work?

Dr. King: Yes; you make an important observation. One of the top three lessons learned that we have identified in discussions among ourselves is sharing of information on our strategies for the rollout of immunization programs so that we can identify practices for rolling out these programs. This issue was discussed at our most recent Public Health Network council meeting, and I understand there will be a session specifically where we discuss this issue.

It has been identified as an important issue. We have not yet had an in-depth discussion around what worked and what did not work in our jurisdiction so that we can identify best practices.

Senator Eaton: That information would be enormously useful to our report.

Dr. Spika, something you said bothered me, and perhaps due to ignorance on my part. You were talking about health, process and policy put into practice. Canadians listening to television and radio ads were made to feel that the pandemic was a form of war.

nouveau. C'est malheureusement ce que nous avons fait. Il nous faut adopter une approche davantage stratégique quant aux genres de vaccins que nous utilisons sur une base annuelle afin d'éviter, je l'espère, que pareille situation ne se reproduise.

Il y a 10 ans, lorsque nous avons établi le contrat sur 10 ans que nous avons à l'heure actuelle pour notre approvisionnement de vaccins en cas de pandémie, un vaccin avec adjuvant était déjà autorisé en Europe pour les personnes âgées. Un vaccin de culture cellulaire était déjà en voie de développement, et le vaccin nasal était sous brevet aux États-Unis. Cependant, en 2009, lorsque nous avons été confrontés à la pandémie, aucune de ces technologies n'était encore disponible au Canada. Nous aurions aimé avoir eu accès à ces genres de technologies, notamment le vaccin de culture cellulaire, car cela aurait peut-être retranché quatre semaines au temps qu'il nous a fallu attendre pour obtenir le vaccin.

Si nous avons une approche plus stratégique à l'avenir pour faire rentrer ces vaccins au Canada, même si une telle approche venait peut-être augmenter les coûts, du fait que ces vaccins soient plus chers, nous serons mieux placés à l'avenir.

Le sénateur Eaton : Je trouve cette discussion fascinante.

L'ensemble des agents de santé publique et Santé Canada avaient-ils une conversation téléphonique chaque matin pour discuter des dernières nouvelles au sujet de la pandémie, de la façon dont les choses se déroulaient ainsi que de la communication de messages?

Dr Taylor : Au début, oui, le Comité consultatif spécial s'est réuni quotidiennement.

Le sénateur Eaton : Les systèmes de livraison de certaines provinces semblent avoir mieux fonctionné que ceux d'autres. Avez-vous discuté depuis pour échanger sur ce qui a fonctionné et sur ce qui n'a pas fonctionné?

Dre King : Oui, vous faites là une observation importante. L'une des trois plus importantes leçons apprises, que nous avons identifiées lors de discussions entre nous, est celle de l'échange d'informations sur nos stratégies pour le déploiement des programmes d'immunisation, de manière à pouvoir identifier les pratiques aux fins de l'exécution de ces programmes. Cette question a été débattue lors de notre plus récente réunion du Conseil du Réseau de santé publique, et j'ai cru comprendre qu'il se tiendra une séance spéciale au cours de laquelle nous discuterons de cette question.

Cet aspect a été identifié comme étant un dossier important. Nous n'avons pas encore eu de discussion approfondie sur ce qui a fonctionné et sur ce qui n'a pas fonctionné chez nous, afin d'être en mesure de cerner les pratiques exemplaires.

Le sénateur Eaton : Ces renseignements nous seraient d'une énorme utilité aux fins de notre rapport.

Docteur Spika, une chose que vous avez dite m'a troublée, et c'est peut-être le fait de ma propre ignorance. Vous parliez de la santé, et de la mise en pratique de processus et de politiques. Les Canadiens qui écoutaient les annonces publicitaires à la télévision et à la radio avaient l'impression que la pandémie était en quelque sorte une guerre.

I live in Toronto and am a member of the St. Michael's Hospital board, where SARS was a big deal. Pandemics are a form of war, are they not? Do we need to learn to be quicker on our feet? Yes, you introduced a vaccine in the middle of a pandemic, but you do have to be flexible in wartime, do you not? You have to roll and move with the punches and adapt quickly. Do you feel you performed as well as possible under those conditions, or do you think you could have managed the situation better? However, you will never have the same conditions again, will you?

Dr. Spika: We learned that we have to make decisions even when there are many unknowns. I think we did a super job of communicating the decisions to the public, given the new communication paradigm we are in, but there is obviously much room for improvement. We need to come up with better ways to address the other sources of guidance that exist; to be more proactive and respond to them.

Senator Eaton: Dr. King, do tertiary care hospitals in Ontario have all they need for another pandemic? Are these hospitals equipped such that, if there were a pandemic this winter, they would be prepared?

Dr. King: As Ms. Stuart pointed out, we are identifying all the lessons learned, and will make a consolidated report involving input from all sectors of the health field in Ontario, including tertiary care and health organizations.

That being said, I arrived on June 15 in the middle of the first pandemic wave, but an impressive infrastructure that was in place in Ontario was the Critical Care Secretariat. That infrastructure enables the province to work locally, then regionally, and then provincially on identification of critical care beds in the province so that, if there is excess demand for critical care in local hospitals, there is an ability to move people into different critical care beds in the same region and then, ultimately, to the provincial level.

That model is important to optimize the use of scarce resources. This optimization is being done well at the provincial level. That being said, health systems were stressed, unquestionably. We managed, but health systems were stressed. Therefore, we need to think more along the lines of how to make those kinds of mechanisms even more robust, not only at the provincial level but also at the national level.

To comment on something you asked earlier, yes, we are fighting a war, but we need to think constantly about the "what ifs." We know that vaccine safety is a growing issue and a challenge, and because of the constant media scrutiny that was applied to our immunization campaigns, the issue of vaccine safety was scrutinized and discussed at a level we did not properly anticipate. In Ontario, we know that we need to talk more about vaccine safety, and we hope that this discussion will be the basis of

J'habite Toronto et je siège au conseil d'administration de l'Hôpital St. Michael's, où le SRAS a été une grosse affaire. Les pandémies sont une forme de guerre, n'est-ce pas? Nous faut-il apprendre à bouger plus rapidement? Oui, vous avez introduit un vaccin au beau milieu d'une pandémie, mais il importe d'être flexible en temps de guerre, n'est-ce pas? Il faut savoir prévenir les coups et s'adapter rapidement. Pensez-vous avoir travaillé du mieux possible dans les circonstances, ou bien croyez-vous que vous auriez pu mieux gérer la situation? Vous ne revivrez cependant jamais les mêmes conditions, n'est-ce pas?

Dr Spika : Nous avons appris qu'il nous faut prendre des décisions, même en présence de nombreuses inconnues. Je considère que nous avons fait un travail extra de communication des décisions au public, compte tenu du nouveau paradigme en matière de communication dans lequel nous nous trouvons, mais il y a bien sûr place à beaucoup d'amélioration. Il nous faut trouver de meilleurs moyens de cerner les autres sources de conseils qui existent, être plus proactifs et donner suite.

Le sénateur Eaton : Docteur King, les hôpitaux de soins tertiaires en Ontario disposent-ils de tout ce dont ils auraient besoin en cas de nouvelle pandémie? Ces hôpitaux sont-ils suffisamment équipés pour pouvoir faire face à une pandémie cet hiver, s'il devait en survenir une?

Dre King : Comme l'a indiqué Mme Stuart : nous sommes en train de cerner toutes les leçons apprises, et nous allons produire un rapport consolidé intégrant la participation de tous les secteurs du milieu de la santé en Ontario, y compris les organismes de santé et de soins tertiaires.

Cela étant dit, je suis arrivée le 15 juin, au beau milieu de la première vague de la pandémie, mais une infrastructure impressionnante qui était en place en Ontario était le Secrétariat des soins aux malades en phase critique. Cette infrastructure permet à la province de travailler au niveau local, puis régional, puis provincial, en vue de l'identification des lits pour soins intensifs dans la province, de telle sorte qu'en cas de demande excédentaire de soins intensifs dans des hôpitaux locaux, il soit possible de diriger des malades vers différents lits pour soins intensifs à l'intérieur de la même région et, en fin de compte, au niveau provincial.

Ce modèle est important pour optimiser l'utilisation faite de ressources rares. Cette optimisation est également en train de se faire au niveau provincial. Cela étant dit, les systèmes de soins de santé étaient, sans conteste, surchargés. Nous nous sommes débrouillés, mais les systèmes de soins de santé étaient grevés. Il nous faut donc réfléchir davantage à la façon de rendre ces mécanismes encore plus robustes, au niveau non seulement provincial, mais également national.

Pour répondre à une question que vous avez posée plus tôt, oui, nous menons une guerre, mais je crois qu'il nous faut sans cesse réfléchir aux « si ». Nous savons que l'innocuité des vaccins est une préoccupation et un défi croissants, et du fait de l'attention constante portée par les médias à nos campagnes d'immunisation, la question de l'innocuité des vaccins a fait l'objet d'examen et de discussions à un niveau que nous n'avions pas prévu. En Ontario, nous savons qu'il nous faut parler

a national discussion, because communicating and ensuring vaccine safety in Canada is a joint federal-provincial-territorial responsibility. Much of the planning is in the anticipation. There will always be plenty of surprises, but we have to think upfront about those things that we know will be a challenge.

Senator Callbeck: In answer to a question from Senator Eaton about how often you communicated, Dr. Taylor, you mentioned that the Special Advisory Committee talked on a daily basis at the beginning. I notice that your presentation says, “with decreasing frequency.”

How often did you talk? Initially, you talked daily: Did that happen for two weeks? How often did you have discussions from then on?

Dr. Taylor: Initially, it was once a day, but that was not the only way we were communicating. As was mentioned, the Special Advisory Committee had several other committees reporting to it, and those committees were populated by federal-provincial-territorial people. A web of communications was operating all the time. The Special Advisory Council communicated twice a week until January of this year. The Public Health Network, two pieces of which SAC was formed from, have ongoing meetings. The frequency varied. As well, calls were sometimes made non-stop. The SAC was not the only forum for communicating.

Senator Callbeck: The fact that you did not touch base on a daily basis, or more often than you did, did not create problems? Twice a week does not seem a lot to me.

Dr. Spika: Communication between the provinces, territories and the federal government occurred at least once a day, but certain committees, like SAC, may have communicated twice a week. The Pandemic Coordination Committee met on a weekly basis and task groups within that committee were meeting regularly as well. A lot of talk was taking place.

Senator Callbeck: I realize that there were a lot of committees, but the SAC was the top group, was it not, to make the decisions?

Dr. Spika: The Special Advisory Council made recommendations, when indicated, up to the deputy ministers. The deputy ministers met as well, which you will hear about in the next session.

Senator Callbeck: How do the provinces feel about this group? Was there communication? Did the group communicate often enough?

Dr. McKinnon: The communication was good. At any time, any of the chief medical health officers could indicate concern to the federal agency and an extra meeting could be called.

davantage de l'innocuité des vaccins, et nous espérons que cette discussion servira de base pour une discussion nationale, car la communication et l'assurance de l'innocuité des vaccins au Canada sont une responsabilité fédérale-provinciale-territoriale conjointe. Une part importante de la planification est le fait d'anticipation. Il y aura toujours quantité de surprises, mais il nous faut dès le départ réfléchir à ces choses dont nous savons qu'elles poseront des défis.

Le sénateur Callbeck : En réponse à une question du sénateur Eaton quant à la fréquence de vos communications, docteur Taylor, vous avez mentionné que le Comité consultatif spécial se réunissait quotidiennement au début. J'ai relevé dans votre déclaration que la fréquence de ces réunions a par la suite diminué.

Quelle a été la fréquence de vos discussions? Au début, vous discutiez quotidiennement : cela a-t-il été le cas pendant deux semaines? À quelle fréquence avez-vous eu des discussions par la suite?

Dr Taylor : Au départ, c'était une fois par jour, mais ce n'était pas notre seule façon de communiquer. Comme cela a été mentionné, le Comité consultatif spécial avait plusieurs autres comités relevant de lui, et ces comités étaient peuplés par des intervenants fédéraux-provinciaux-territoriaux. Toute une toile de communication bourdonnait en permanence. Le Conseil consultatif spécial communiquait deux fois par semaine jusqu'en janvier de cette année. Le Réseau de santé publique, dont deux éléments ont servi à la formation du CCS, continue de tenir des réunions. La fréquence a varié. Par ailleurs, il y avait sans cesse des appels téléphoniques. Le CCS n'était pas la seule tribune aux fins de communication.

Le sénateur Callbeck : Le fait que vous n'avez pas eu de prise de contact au quotidien, ou en tout cas plus fréquent que cela n'a été le cas, n'a-t-il pas créé des problèmes? Deux fois par semaine, ce ne me semble pas être beaucoup.

Dr Spika : La communication entre les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral se faisait au moins une fois par jour, mais certains comités, comme le CCS, communiquaient peut-être deux fois par semaine. Le Comité de coordination de la pandémie se réunissait chaque semaine, et les groupes de travail relevant de ce comité se rencontraient eux aussi régulièrement. L'on discutait beaucoup.

Le sénateur Callbeck : Je me rends bien compte qu'il y avait quantité de comités, mais c'est le CCS qui chapeautait le tout, n'est-ce pas, en ce qui concerne la prise de décisions?

Dr Spika : Le Conseil consultatif spécial faisait des recommandations, s'il y avait lieu, jusqu'aux sous-ministres. Les sous-ministres se réunissaient eux aussi, et vous allez en entendre parler pendant la deuxième partie de la séance.

Le sénateur Callbeck : Que pensent les provinces de ce groupe? Y avait-il communication? Le groupe communiquait-il à une fréquence suffisante?

Dre McKinnon : La communication était bonne. N'importe lequel des médecins hygiénistes en chef pouvait, à tout moment, alerter l'agence fédérale d'une préoccupation, et une réunion extraordinaire pouvait alors être convoquée.

As Dr. Spika said, officially the group met twice a week, but it was three or four times a week some weeks. We felt the communication with the Public Health Agency was good.

Senator Callbeck: Dr. King, you said that early on, when the demand was high, you did not have the vaccine; and that when you had the vaccine, the desire of the public to be vaccinated waned. What can be done about that situation if we face the same one? I notice that you prepared a report in Ontario.

In some provinces, the percentage of youth vaccinated was a great deal less than that of senior citizens. I want to hear your comments on how we can perform the job better of vaccinating more people.

Dr. King: You ask an important question. One of our biggest challenges was the implementation of a priority group and sequence access to the vaccine. You can imagine, at a local level, a mom with two kids and other family members wanting vaccine but there was no ability to administer it to anyone except those in the initial priority groups. This situation posed many challenges for local health providers, whether physicians or public health officials.

The solution is being able to obtain a lot more vaccine more quickly, unquestionably. We need a well-developed system of mass immunization to be implemented and ready to go from the outset. The solution is a combination of having the supply and the capacity to deliver it.

Not surprising to me, priority groups are a challenge to implement for many reasons. People justifiably feel that they deserve to be immunized quickly, that they are important to society and that they deserve protection. There is fear as well. Trying to mitigate these challenges as much as possible in the next event will be an important way to meet and match demand and supply. Work is under way in this area to try to increase the amount of supply we will have from the outset to meet that demand.

Ontario worked hard on communications to try to improve uptake in youth. We implemented a campaign called Join the Resistance to try to promote immunization in youth, once we were able to offer vaccine to youth. We were dealing with the same challenge: by the time we had enough vaccine, there was less concern about the severity of the pandemic, so there was not as much uptake as we would have liked.

The campaign was a worthwhile effort and the kind of campaign worth thinking about not only provincially but also nationally in future pandemics.

Senator Callbeck: Was that campaign on television and in the newspapers?

Comme l'a indiqué le Dr Spika, le groupe se réunissait officiellement deux fois par semaine, mais il se réunissait à l'occasion trois ou quatre fois pendant une même semaine. Nous estimons que la communication avec l'Agence de la santé publique était bonne.

Le sénateur Callbeck : Docteur King, vous avez dit que très tôt, lorsque la demande était forte, vous n'aviez pas le vaccin, et que lorsque vous avez eu le vaccin, le désir du public de se faire vacciner s'était estompé. Que pourrait-il être fait à cet égard si nous nous trouvions à nouveau confrontés à pareille situation? Je constate que vous avez préparé un rapport en Ontario.

Dans certaines provinces, le pourcentage de vaccination chez les adolescents a été très inférieur à celui enregistré chez les personnes âgées. J'aimerais que vous me disiez comment nous pourrions mieux réaliser ce travail de vaccination de la population.

Dre King : Vous posez là une importante question. L'un de nos plus gros défis a été la mise en œuvre d'une liste de groupes prioritaires et d'un accès jalonné au vaccin. Vous pouvez vous imaginer, au niveau local, la maman avec deux enfants et d'autres parents désireux de se faire vacciner, mais il était exclu d'administrer le vaccin à des personnes autres que celles faisant partie des groupes prioritaires initiaux. Cette situation a posé de nombreux problèmes aux fournisseurs de soins de santé locaux, qu'il s'agisse de médecins ou d'agents de santé publique.

La solution est indubitablement l'obtention plus rapide de beaucoup plus de vaccins. Il importe qu'un système d'immunisation de masse bien pensé soit mis en œuvre et prêt à être enclenché dès le départ. La solution est une combinaison d'approvisionnement suffisant et de capacité d'exécution adéquate.

Chose qui ne m'étonne guère, l'établissement de groupes prioritaires est un défi pour nombre de raisons. Les gens croient, cela peut se comprendre, qu'ils méritent d'être immunisés rapidement, qu'ils comptent dans la société et qu'ils méritent d'être protégés. Il y a également l'aspect crainte. Essayer d'atténuer ces défis dans toute la mesure du possible la prochaine fois contribuera grandement à faire correspondre offre et demande. L'on œuvre déjà en la matière à essayer d'augmenter l'offre que nous aurons dès le départ, de manière à pouvoir satisfaire la demande.

L'Ontario a consenti de gros efforts sur le plan des communications pour essayer d'améliorer le taux de participation chez les adolescents. Nous avons lancé une campagne appelée Résistez! pour tenter de promouvoir l'immunisation chez les jeunes, une fois que nous étions en mesure d'offrir le vaccin aux jeunes. Nous étions confrontés au même défi : lorsque nous avons fini par disposer de volumes suffisants de vaccin, il y avait moins d'inquiétude quant à la sévérité de la pandémie, et le taux de participation a donc été inférieur à ce que nous aurions souhaité.

La campagne a été un effort valable et c'est le genre de campagne qu'il vaudrait la peine d'envisager, en cas de future pandémie, non seulement au niveau provincial, mais également à l'échelon national.

Le sénateur Callbeck : Cette campagne a-t-elle été menée à la télévision ainsi que dans les journaux?

Dr. King: Posters were in subways and movie theatres. I cannot remember the full scope of it, but we can provide that information. It was in French and English. I will be more than happy to provide the details related to that campaign.

Senator Callbeck: Ms. Stuart, I will read your earlier sentence:

I believe we have not yet fully utilized the wonderful resources available to us at the national, provincial and territorial levels through the public health agencies in British Columbia, Quebec and Ontario. . . .

Please elaborate on that thought.

Dr. King: The agencies in those jurisdictions played an important role in H1N1, but it was somewhat ad hoc in that the role had not been pre-planned. The agencies tried to fit themselves in where they could be useful. At times, they assumed where they could be most useful, whereas there might have been other perspectives on that role.

The focus we need to have is that we are lucky enough in Canada to have these resources, and they should be built into our pandemic plans. We need to have specific roles for these agencies and not simply have them help out as they are able. The agencies need to have a concrete role to allow us to streamline activities.

Senator Callbeck: Dr. McKinnon, you talked about inconsistent definitions. How can we correct or improve these definitions for the future?

Dr. McKinnon: That is an important question. In public health, we were moving into an area that perhaps should have been guided by clinicians. The need for a clinician network similar to a public health network would have been useful to have had parameters around the clinical hospital, and for obtaining information quickly and analyzing it in a population framework. That area is definitely one we can improve on that will help with information.

As I mentioned, in Saskatchewan we were concerned in particular about what was happening in northwest Manitoba. We wanted clinical information to enable our response. That area has been highlighted in the discussions and in debriefs for improvements.

Senator Kochhar: I thank the panel for the outstanding job on their presentations.

I am troubled. This pandemic was not the first in Canada. Did we learn lessons from SARS that we could have applied here? We had so much vaccine that we did not use. Did we make enough

Dre King : Il y a eu des affiches dans le métro et dans les cinémas. Je n'ai plus en tête tout le détail de son rayonnement, mais nous pourrions vous fournir cette information. La campagne a été menée en français et en anglais. Je me ferai un plaisir de vous fournir des détails au sujet de cette campagne.

Le sénateur Callbeck : Madame Stuart, je vais lire la dernière phrase que vous avez prononcée :

Je considère que nous n'avons pas encore pleinement utilisé les merveilleuses ressources qui sont à notre disposition aux niveaux national, provincial et territorial par le biais des agences de santé publique de la Colombie-Britannique, du Québec et de l'Ontario [...]

Pourriez-vous s'il vous plaît expliquer cela davantage.

Dre King : Les agences de ces administrations ont joué un rôle important pendant la pandémie du H1N1, mais leur intervention a été quelque peu ponctuelle du fait que leur rôle n'ait pas été planifié au départ. Les agences se sont efforcées d'intervenir là où elles pouvaient être utiles. Il est arrivé qu'elles se considèrent le plus utile à un endroit, mais qu'il ait pu y avoir d'autres perspectives en la matière.

Ce qu'il nous faut retenir est que nous avons au Canada le bonheur de disposer de ces ressources, et que celles-ci doivent être inscrites à l'intérieur de nos plans d'intervention en cas de pandémie. Il nous faut définir des rôles précis pour ces agences, au lieu que celles-ci ne fassent qu'offrir leur aide en fonction de leurs moyens. Les agences doivent avoir un rôle concret afin de nous permettre de canaliser les activités.

Le sénateur Callbeck : Docteure McKinnon, vous avez parlé du manque d'uniformité quant aux définitions. Comment pourrions-nous corriger ou améliorer ces définitions pour l'avenir?

Dre McKinnon : Il s'agit là d'une question importante. En matière de santé publique, nous intervenons dans un domaine qui aurait peut-être davantage dû être du ressort des cliniciens. Un réseau de cliniciens semblable à un réseau de santé publique aurait été utile aux fins de l'établissement de paramètres autour des hôpitaux cliniques, ainsi que de l'obtention et de l'analyse rapide d'informations à l'intérieur d'un cadre adapté à la population. Il s'agit définitivement là d'un volet qu'il nous serait possible d'améliorer, ce qui aiderait sur le plan de l'information.

Comme je l'ai mentionné, en Saskatchewan, nous étions particulièrement préoccupés par ce qui se passait dans le Nord-Ouest du Manitoba. Nous souhaitions avoir des renseignements cliniques de manière à déterminer notre réponse. Cette région est ressortie, lors de discussions et de débriefages, comme en étant une pour laquelle des améliorations s'imposent.

Le sénateur Kochhar : Je remercie les membres du panel pour l'excellent travail qu'ils ont fait en préparant leurs exposés.

Je suis troublé. Cette pandémie n'a pas été la première au Canada. Avons-nous tiré de la crise du SRAS des leçons que nous aurions pu appliquer ici? Nous avons tellement de vaccins que

efforts to educate people about the need to be vaccinated? What went wrong? H1N1 was not the first pandemic in Canada.

Dr. King: We obviously have to continue to learn and to apply every lesson we learn from each of these emerging infectious disease events that we confront. It is important to remember that pandemic influenza is different in that we had a vaccine to address it. However, a vaccine was not an element in the response to SARS because it was not possible to create a vaccine quickly enough.

Fortunately, some of our tried-and-true methods of public health care, such as isolation and quarantine, paid off, and were able to stop the outbreak of SARS globally and within Canada.

The issue related to the vaccines was the timing of the availability of the vaccine, the amount of vaccine we had at the outset and the demand. The issues simply never aligned at any point, at least in the province of Ontario. The issue of supply and demand never ever coincided. We have to work hard to make that situation better next time.

There are challenges with this area, unquestionably. With the vaccine technologies we have, it is difficult to shorten the duration from the initial identification of a new influenza virus to the actual full-scale production of vaccine. This period is about 16 weeks. It is difficult with existing technologies to shorten that time period.

We need to look back at every single step of the pandemic, such as how quickly we identified that there was a new virus in the world, period, and then how long it took us to identify that seed strain, make it usable, and then produce our new doses of vaccine.

We need to look at new technologies to speed up that process so that we can have a vaccine available in a more timely fashion in Canada.

Every single step along the way would have enabled us to respond better and, therefore, we need to dissect our experience closely.

Dr. McKinnon: We can say that we reached the most vulnerable groups. Most of the vulnerable groups, certainly in Saskatchewan, had high rates of vaccination. The other remarkable thing is that — I am not sure federally — we had no notifications of H1N1 after Christmas. In Saskatchewan, we had normal cases from about the third week of December, which is remarkable. That situation meant a six-week flu season, which is almost unheard of. We achieved sufficient vaccination to protect the population, so that enough people were vaccinated to stop it spreading.

nous n'avons pas utilisés. Avons-nous déployé suffisamment d'efforts pour éduquer les gens quant à la nécessité de se faire vacciner? Que s'est-il passé? La pandémie du H1N1 n'a pas été la première pandémie au Canada.

Dre King : Il nous faut clairement continuer d'apprendre et d'appliquer chaque leçon apprise de chaque écloison de maladie infectieuse émergente à laquelle nous nous trouvons confrontés. Il est important de se rappeler que cette pandémie d'influenza a été différente parce que nous avions un vaccin pour la contrer. Or, il n'a pas figuré de vaccin dans la réponse au SRAS, car il n'avait pas été possible de mettre assez rapidement au point un vaccin.

Heureusement, certaines de nos méthodes éprouvées en soins de santé publique, comme l'isolement et la quarantaine, ont porté fruit, et nous avons été en mesure de stopper la propagation du SRAS à l'échelle mondiale et à l'intérieur du Canada.

La question en ce qui concerne les vaccins a été celle de leur disponibilité, c'est-à-dire la quantité que nous avions au début et la demande. Il n'y a jamais eu concordance à cet égard, du moins pas en Ontario. L'offre et la demande n'ont jamais coïncidé. Il nous faut travailler fort pour que la situation soit meilleure à cet égard la prochaine fois.

Il y a indubitablement des défis à relever dans ce domaine. Avec les technologies de production de vaccins que nous avons, il est difficile de réduire le délai entre l'identification initiale d'un nouveau virus grippal et la production à plein du vaccin. Le délai est d'environ 16 semaines. Il est difficile, avec les technologies existantes, de raccourcir ce délai.

Il nous faut examiner chaque stade dans la pandémie, notamment avec quelle rapidité nous avons déterminé qu'il y avait dans le monde un nouveau virus, un point c'est tout, puis combien de temps il nous a fallu pour identifier la filière cellulaire, la rendre utilisable, puis produire nos nouvelles doses de vaccin.

Il nous faut envisager de nouvelles technologies pour accélérer ce processus, afin d'être en mesure de livrer plus rapidement un vaccin au Canada.

Chaque pas dans ce cheminement nous aurait permis de mieux réagir, et c'est pourquoi il nous faut disséquer de très près notre expérience.

Dre McKinnon : Nous pouvons dire que nous avons atteint les groupes les plus vulnérables. La plupart des groupes vulnérables, en tout cas en Saskatchewan, ont affiché des taux de vaccination élevés. L'autre chose remarquable — mais je ne sais pas ce qu'il en est au niveau fédéral — est que nous n'avons reçu aucun rapport d'infection au H1N1 après Noël. En Saskatchewan, nous avons eu un volume de cas normal à partir de la troisième semaine de décembre, environ, ce qui est remarquable. Cette situation correspondait à la saison grippale habituelle de six semaines, ce qui est presque du jamais vu. Nous avons réalisé une vaccination suffisante pour protéger la population, de telle sorte qu'un nombre suffisant de personnes étaient vaccinées pour stopper la propagation de la maladie.

We did not reach the 75 per cent or 80 per cent that we would like to have reached, but the vulnerable populations were protected and the rate of transmission was affected so much that it was brought to a halt. I think that point should be kept in mind.

Dr. Spika: It is important to recognize that pandemics occur only three or four times a century. There were three in the 20th century and the last one was in 1968, which is 41 years ago. Compared to 1968, we performed much better in terms of having vaccine available still in the second wave.

What we have learned perhaps is that we almost maxed out, as was mentioned, the availability of our interventions using existing technologies. We need to change those technologies and obtain vaccines that are available earlier, either using cell-culture or DNA technologies. That kind of thing is in the works.

Regarding communication, in 1968 we had television, radio and newspapers. It was a lot easier to control messaging. Now information is readily available on the Internet. We had major challenges in trying to have our message compete with all the other messages out there. We have learned a lot. We have performed much better, but we still have a way to go.

Senator Kochhar: For information, what was the cost to the taxpayer of the H1N1 vaccine? What percentage of the vaccine was used in Saskatchewan where 51 per cent of the people were vaccinated? Is that percentage the same in all parts of the country? If not, why not? If Ontario was only at 25 per cent, why did we lag behind Saskatchewan? What did we do with the rest of the vaccine that was left over and what is the lifespan of this vaccine? Maybe I am asking too many questions in one breath, but I am finished.

Dr. Spika: Some of these questions have come up at previous sessions. In terms of the cost of the vaccine, I would have to send that information to you, but it was in the high \$300-million range. That cost needs to be taken into the context that initially, based on the best available information, we thought that two doses of vaccine was required, whereas only one dose was required. Had we known that information in advance of the time we had to order, we could have saved half our vaccine costs, if not more, because of the usage.

Through renegotiation with GlaxoSmithKline, our supplier, we were able to reduce some of our vaccine costs. In a substantial amount of the vaccine, we were able to save at least the adjuvant, as opposed to the adjuvant and antigen, which is a combination. The adjuvant is about seven eighths of the cost of the vaccine. That adjuvant is currently being stored and, in the next several years, we hope to use it for seasonal vaccine.

Nous n'avons pas atteint le seuil de 75 ou de 80 p. 100 que nous aurions souhaité atteindre, mais les populations vulnérables ont été protégées et le taux de transmission a été contenu à un point tel que la propagation a été stoppée. Je pense qu'il faut garder cela en tête.

Dr Spika : Il est important de souligner que les pandémies ne surviennent que trois ou quatre fois par siècle. Il y en a eu trois au XX^e siècle, la dernière survenue en 1968, soit il y a 41 ans. Si l'on compare ce qui s'est passé cette fois-ci à la situation en 1968, nous avons affiché de bien meilleurs résultats en disposant encore de vaccins lors de la deuxième vague.

Ce que nous avons peut-être appris est que nous avons presque, comme cela a été mentionné, épuisé toutes nos interventions possibles fondées sur les technologies existantes. Il nous faut changer ces technologies et obtenir des vaccins qui soient disponibles plus rapidement, en utilisant soit la culture cellulaire, soit des technologies ADN. Ce genre de chose est en cours d'élaboration.

En ce qui concerne la communication, en 1968, nous avions la télévision, la radio et les journaux. Il était alors beaucoup plus facile de contrôler les messages. Aujourd'hui, l'information est tout de suite disponible sur Internet. Nous nous sommes trouvés confrontés à de gros défis s'agissant de faire en sorte que notre message livre concurrence à tous les autres messages en circulation. Nous avons appris énormément de choses. Nous avons beaucoup mieux travaillé, mais il nous reste encore du chemin à faire.

Le sénateur Kochhar : Pour notre gouverne, combien le vaccin contre le virus H1N1 a-t-il coûté au contribuable? Quel pourcentage du vaccin a été utilisé en Saskatchewan, où 51 p. 100 de la population ont été vaccinés? Ce pourcentage est-il le même pour toutes les régions du pays? Dans la négative, pourquoi? Si l'Ontario n'a atteint qu'un taux de vaccination de 25 p. 100, pourquoi avons-nous pris du retard par rapport à la Saskatchewan? Qu'a-t-il été fait du vaccin non utilisé et quelle est sa durée de vie? Peut-être que je vous pose trop de questions à la fois, mais j'ai terminé.

Dr Spika : Certaines de ces questions ont été soulevées lors de séances antérieures. Pour ce qui est du coût du vaccin, il me faudra vous faire parvenir cette information, mais cela s'est chiffré à plus de 300 millions de dollars. Ce coût doit être compris dans le contexte de départ, soit que, selon la meilleure information disponible, nous pensions qu'il allait falloir deux doses du vaccin, alors qu'une seule dose a été suffisante. Si nous avions su cela avant de passer commande, nous aurions fait des économies de moitié, voire plus, compte tenu du taux de participation qui a été enregistré.

Nous avons pu, grâce à une renégociation avec GlaxoSmithKline, notre fournisseur, réduire certains de nos coûts de vaccination. Pour un important volume de vaccin, nous avons pu économiser au moins l'adjuvant, par opposition à l'adjuvant plus antigène, qui est une combinaison. L'adjuvant représente environ sept huitièmes du coût du vaccin. Cet adjuvant est en ce moment entreposé et nous espérons pouvoir l'utiliser au cours des années qui viennent pour le vaccin saisonnier.

In terms of the actual costs at this stage of the game, we would have to get that information to you because I do not have it at the tip of my tongue at the moment.

The Chair: Perhaps the provincial representatives can talk about the differences in the number of people who were vaccinated from province to province.

Dr. King: In Ontario, our coverage rates were estimated to be about 38 per cent. We used about 5 million doses of our ultimate allotment, which was negotiated, and I believe we ended up purchasing about 9.3 million doses in the end. We used about 5 million out of 9.3 million doses.

I want to pick up on something Dr. McKinnon said. I am proud of the way we operated, and worked collaboratively with Health Canada in our response to the First Nations and isolated remote communities in the northern part of the province. We achieved unprecedented coverage, much higher than 38 per cent in most of our remote and isolated communities. This population was one that I was worried about because of a whole range of environmental and pre-existing health conditions in this population. We were able to achieve good uptake in those populations.

Overall, our population coverage was about 38 per cent. In terms of why there were differences, why Saskatchewan had 50 per cent, why Ontario had 38 per cent and why Atlantic Canada had extraordinarily high rates of coverage is something we need to study. Returning to the question asked by the other members, why is it that we had such dramatic differences — literally, twofold differences across the country — in terms of immunization coverage during this pandemic, I have my theories but it is better that we have a discussion and a thorough evaluation of that issue.

Senator Ogilvie: Perhaps, for our colleague, I will mention that we had a thorough discussion on the issue of differences across the provinces and the basis for many of those differences, so we can provide you with the tables that have been presented.

Ms. Stuart, you had an interesting comment; at least, it was interesting to me. You indicated that you, like other jurisdictions, contemplated a moderate-to-severe pandemic but when it turned out to be less severe, you were thrown off-base. I am used to the idea that we plan for the worst and if something good breaks out, we are in better shape. How did preparing for the worst possible case when a milder version occurred cause you a dilemma?

Ms. Stuart: That is a good question. In general emergency management, we plan for the worst cases and hope those plans will not be required.

The work to prepare for that moderate-to-severe pandemic assumed certain approaches that would be used, whereas when planning for something milder on the continuum, we would not use those approaches at all; we should use other strategies.

Quant aux coûts réels à ce stade-ci, il me faudrait vous faire parvenir ces informations, car je ne les ai pour l'instant pas sur le bout de la langue.

Le président : Les représentants provinciaux pourraient peut-être nous entretenir des différences quant au nombre de personnes vaccinées d'une province à l'autre.

Dre King : En Ontario, nos taux de couverture ont été évalués à environ 38 p. 100. Nous avons utilisé environ 5 millions de doses de notre dernière distribution, qui a été négociée, et je crois que nous avons fini par acheter environ 9,3 millions de doses à la fin. Nous avons utilisé environ 5 millions de doses sur 9,3 millions.

J'aimerais revenir sur une chose qu'a dite la Dre McKinnon. Je suis fière de la façon dont nous avons travaillé et œuvré en collaboration avec Santé Canada dans notre réponse auprès des Premières nations et des collectivités éloignées et isolées du nord de la province. Nous avons atteint une couverture sans précédent, bien supérieure au niveau de 38 p. 100 enregistré dans la plupart de nos collectivités isolées et éloignées. Cette population m'avait beaucoup inquiétée du fait de toute une gamme de facteurs environnementaux et de pathologies préexistantes la caractérisant. Nous avons réussi à obtenir un bon taux de participation au sein de ces populations.

Au total, notre couverture de la population a été d'environ 38 p. 100. Le pourquoi des différences, le pourquoi des 50 p. 100 en Saskatchewan, le pourquoi des 38 p. 100 en Ontario et le pourquoi des taux de participation extrêmement élevés dans le Canada atlantique sont des questions qu'il nous faut examiner. Revenant à la question posée par les autres membres du comité, à savoir pourquoi il y a eu des différences si marquées — de plus du double d'une région à l'autre dans le pays — quant au taux d'immunisation enregistré pendant la pandémie, j'ai mes propres théories, mais il serait préférable que nous ayons une discussion et une évaluation approfondie de la situation.

Le sénateur Ogilvie : Je mentionnerai peut-être, pour la gouverne de notre collègue, que nous avons eu une discussion approfondie sur la question des différences entre les provinces et les raisons de nombre de ces différences, et nous pourrions donc vous fournir les tableaux qui ont été déposés.

Madame Stuart, vous avez fait un commentaire intéressant, en tout cas il a été intéressant pour moi. Vous avez dit que vous, comme d'autres, aviez envisagé une pandémie modérée à sévère, mais que lorsque celle-ci s'est avérée moins sévère, cela vous avait déroutée. J'ai l'habitude de l'idée de planifier en fonction du pire, et si les choses tournent mieux, alors on s'en tire mieux. En quoi le fait de vous être préparée pour le pire scénario possible vous a-t-il posé un dilemme lorsque s'est dessinée une version moins grave?

Mme Stuart : C'est une bonne question. En gestion générale des situations d'urgence, l'on planifie pour les pires cas et l'on espère que les plans ainsi esquissés ne seront pas nécessaires.

Le travail de préparation pour cette pandémie modérée à sévère reposait sur l'utilisation de certaines approches, tandis que la planification de quelque chose de moins sérieux, dans le continuum, n'aurait pas du tout inclus ces approches-là; d'autres stratégies seraient indiquées.

For example, some of the discussion in a moderate-to-severe pandemic is around closure of schools and whether that is something we introduce. If we prepare all our plans and we are not in that area at all but in a mild pandemic, we need to have the right kinds of strategies worked out in advance so we can apply them to that mild situation.

We started to work out those strategies with some aspects of our pandemic plan, but clearly not with enough of them. The field has provided us with the feedback that it would be helpful to be able to titrate what is done according to the behaviour of the virus so as to ensure we respond at the right level. That is something we will do in subsequent pandemic plans.

Senator Ogilvie: I think Dr. King answered my question. I thought I had read that Ontario, at least initially, did not have a strategy to target selected groups. However, I understand from Dr. King that information is not correct.

Dr. King: That is correct, yes, we did; we followed the national priority group process faithfully.

Senator Ogilvie: Thank you. Dr. King, you mentioned that the packaging in 500-dose boxes posed problems for many vaccine providers. I assume when you say vaccine providers, you are referring to those distributing the vaccine; you are not talking about the company that makes the vaccine, right? You are talking about delivery within the health care districts, are you not?

Dr. King: Yes, I am talking about the ability of the immunizer to use 500-dose shoe boxes.

Senator Ogilvie: That is, the end user.

Dr. King: Correct.

Senator Ogilvie: Were those 500-dose boxes packaged in units of 10 doses each?

Dr. King: Yes, they were.

Senator Ogilvie: Why was it a major issue to distribute them in 500-dose boxes, which were made up of 50 10-dose packages?

Dr. King: It would have required repackaging. It took us time to be able to repackage. In fact, there were regulatory issues as well that we had to address to make that new packaging and distribution satisfactory. I think it took at least three weeks for us to obtain the regulatory approval to repackage from the 500-dose shoe box to the new mechanism we used to try to send out the doses to immunizers.

The primary challenge with our immunizers was physicians. The physicians were willing to participate. However, they could not manage such large quantities; the packaging simply would not fit in their fridges.

Senator Ogilvie: My final question is for Dr. Taylor and Dr. Spika. We have heard a great deal about the difficulties in delivering information on the vaccine. However, when one looks back over the history of vaccine development in response to a new

Par exemple, dans le cas d'une pandémie modérée à sévère, il peut notamment être question de la fermeture d'écoles. Si nous préparons tous nos plans, mais que se dessine une pandémie légère, alors il nous faut disposer des bonnes stratégies, élaborées à l'avance, de manière à pouvoir les appliquer à cette situation moins grave.

Nous avons commencé à élaborer de telles stratégies pour certains aspects de notre plan en cas de pandémie, mais clairement pas pour un nombre suffisant d'entre eux. Les intervenants sur le terrain nous ont fourni comme rétroaction qu'il serait utile de pouvoir faire le titrage en fonction du comportement du virus de façon à nous assurer de répondre au bon niveau. Il s'agit là d'une chose que nous ferons dans le cas de plans futurs de lutte contre la pandémie.

Le sénateur Ogilvie : Je pense que la Dre King a répondu à ma question. Je pensais avoir lu que l'Ontario, en tout cas au départ, n'avait pas eu de stratégie pour cibler des groupes choisis. Cependant, je comprends, d'après les propos de la Dre King, que cette information n'est pas juste.

Dre King : Oui, c'est juste; nous avons suivi fidèlement le processus national d'établissement des groupes prioritaires.

Le sénateur Ogilvie : Merci. Docteur King, vous avez mentionné que le conditionnement par boîte de 500 doses a posé des problèmes à nombre de fournisseurs de vaccins. Je suppose que lorsque vous dites « fournisseurs de vaccins », vous parlez de ceux qui distribuaient le vaccin et non pas de la société qui le fabriquait, n'est-ce pas? Vous parlez de la distribution à l'intérieur des districts sanitaires, n'est-ce pas?

Dre King : Oui, je parlais de la faculté du vaccinateur d'utiliser les boîtes à chaussures de 500 doses.

Le sénateur Ogilvie : C'est-à-dire l'utilisateur final.

Dre King : Oui.

Le sénateur Ogilvie : Est-ce que ces boîtes de 500 doses étaient composées d'unités de 10 doses chacune?

Dre King : Oui, effectivement.

Le sénateur Ogilvie : Pourquoi était-ce un problème majeur que de les distribuer par boîtes de 500 doses, composées de 50 paquets de 10 doses?

Dre King : Il fallait un reconditionnement. Il nous fallait du temps pour réemballer. De fait, il y avait également des problèmes réglementaires qu'il nous a fallu régler pour que les nouveaux emballages pour la distribution soient satisfaisants. Je crois qu'il nous a fallu trois semaines pour obtenir l'autorisation de reconditionner la boîte à chaussures de 500 doses en nouveaux emballages envoyés aux vaccinateurs.

Du côté des vaccinateurs, la principale difficulté concernait les médecins. Les médecins étaient prêts à participer. Cependant, ils ne pouvaient pas gérer des quantités aussi vastes; la boîte n'entrait tout simplement pas dans leurs réfrigérateurs.

Le sénateur Ogilvie : Ma dernière question s'adresse au Dr Taylor et au Dr Spika. On nous a beaucoup parlé des difficultés rencontrées sur le plan de l'acheminement de l'information sur le vaccin. Cependant, si l'on regarde l'historique

challenge, and even though we have an annual flu vaccine, this vaccine is different and it therefore poses a new vaccine development challenge.

In your experience, was the length of time it took to obtain a working vaccine unusually rapid or slow, given the historical perspective in these areas?

Dr. Spika: In terms of pandemic planning and knowing the production cycle for influenza vaccine, we anticipated it would take us about 20 weeks from the time the manufacturer received the seed string to the time the vaccine started to roll out. From that standpoint it met our expectations. Vaccine availability was in the ballpark range.

Flu vaccine is new and yet not new in that flu vaccine is used on an annual basis. The strain changes that occur on an annual basis do not require a lot of adjustments, from a regulatory perspective. New in this case was that we were using an adjuvanted vaccine, which put a new twist into the approval process.

From a standpoint of timelines, despite using an adjuvanted vaccine, we still met the 21-week date we expected in terms of having the vaccine available.

Senator Ogilvie: Thank you. I am a little concerned. The basic science was successful in identifying a way to develop a vaccine that could be grown and produced in quantity in a relatively short period of time, from my perspective. I am concerned that we are setting ourselves up to expect that, for every new viral agent that comes along, we will be able to respond in the same kind of speed with a vaccine that can be identified and successfully grown, and that is stable and safe to use.

I welcome your comments because from my perspective, looking back over time, I think we were fortunate.

Dr. Spika: I agree, given the existing technology. Looking forward with DNA vaccine, we could have had the vaccine perhaps eight weeks sooner than we did. The technology used for DNA vaccines — where they basically sequence the component they are interested in, plug it into another organism and grow it — would be more transferable to other viral vaccines than the current process.

I hope we have not set ourselves up. We are still struggling with an HIV vaccine and it is now 30 years since HIV was recognized.

Senator Ogilvie: I have one quick comment. I hope the DNA concept leads us to vaccines quickly. I know a bit about DNA and I am not convinced that every pathogen we identify will suddenly lead us to a vaccine simply because we know a genetic sequence that is useful to us. I take your point. I am hopeful, too, but I am concerned.

The Chair: We have five minutes left, with two senators remaining.

de la mise au point de vaccins en réponse à une nouvelle épidémie, et même si nous avons un vaccin annuel contre la grippe, chaque fois le vaccin est différent et donc représente un nouveau défi d'élaboration.

Selon votre expérience, est-ce que le délai pour obtenir un vaccin fonctionnel a été inhabituellement long ou court, par rapport à la tendance historique?

Dr Spika : Du point de vue de la planification pour la pandémie, connaissant le cycle de production d'un vaccin antigrippal, nous prévoyions qu'il allait falloir environ 20 semaines entre le moment où le laboratoire recevrait la lignée cellulaire jusqu'au début de la livraison. De ce point de vue, le vaccin a répondu à nos attentes. Le délai de disponibilité du vaccin était à peu près conforme aux prévisions.

Un vaccin antigrippal est nouveau sans l'être, en ce sens qu'on en fabrique chaque année. Les changements de souches qui interviennent annuellement n'exigent pas beaucoup d'ajustements, du point de vue de la réglementation. Ce qui était nouveau dans ce cas, c'était que le vaccin était adjuvanté, ce qui a introduit une complication dans le processus d'autorisation.

Pour ce qui est des délais, bien qu'il se soit agi d'un vaccin avec adjuvant, nous avons néanmoins respecté le délai de 21 semaines pour la disponibilité du vaccin.

Le sénateur Ogilvie : Merci. Je suis un peu inquiet. La science fondamentale a réussi à mettre au point un vaccin pouvant être cultivé et produit en grandes quantités en un délai relativement court, d'après ce que je peux voir. Je crains que nous alimentions l'attente que, pour chaque nouvel agent viral qui se présentera, nous pourrions répondre avec la même rapidité avec un vaccin qui pourra être identifié et facilement cultivé et qui sera stable et sûr.

J'aimerais entendre vos réactions car à mon point de vue, rétrospectivement, je trouve que nous avons eu de la chance.

Dr Spika : Je suis d'accord, si l'on reste avec la technologie existante. À l'avenir, avec le vaccin à l'ADN, nous pourrions l'avoir peut-être huit semaines plus tôt. La technologie utilisée pour les vaccins ADN — où l'on établit la séquence génomique du composant qui nous intéresse, pour l'introduire dans un autre organisme que l'on va cultiver — sera plus facilement transférable à d'autres vaccins antiviraux que le procédé actuel.

J'espère que nous ne nous sommes pas trop avancés. Nous n'avons toujours pas trouvé de vaccin contre le VIH et cela fait maintenant 30 ans que le virus a été isolé.

Le sénateur Ogilvie : Un petit commentaire. J'espère que le concept ADN va nous conduire à des vaccins rapidement. Je sais pas mal de choses sur l'ADN et je ne suis pas convaincu que tous les agents pathogènes que nous identifierons conduiront soudain à un vaccin simplement parce que nous connaissons une séquence génétique qui nous est utile. J'ai bien compris votre propos. J'espère, moi aussi, mais je suis inquiet.

Le président : Il nous reste cinq minutes, et deux sénateurs ont encore des questions.

Senator Martin: I will focus on one question, then, and briefly make a comment. Dr. Taylor, when you talk about the web of communication, in my mind I am imagining the complexity of dealing with a pandemic situation. I commend all of you for the work that you are doing, the work that you did and the work you will continue to do.

My question goes back to Ms. Stuart's comment about the resources that we have in various provinces, British Columbia being one of them. In the last pandemic experience, British Columbia weighed in ad hoc but one of the recommendations would be for them to have a concrete role. I know in the next panel we will speak with a representative from B.C.

However, from your perspective, what concrete role do you see these other agencies perhaps playing in the next situation?

Ms. Stuart: I think my colleagues are perhaps even better placed to respond to that question. We know the expertise the agencies bring is well developed in the area of science, technology and the related impacts that understanding of the virus gives, so we can do the right things and we have the right action plans.

It is important to ensure we use the agencies to focus on the science and on the impact of the story being developed as we develop more understanding of the virus and its behaviour and how people respond to it. Then we will be able to use that information better to make the appropriate kinds of policy decisions to take us forward.

Nothing I am saying should suggest that the agencies were not fully engaged and part of what we were doing. I think we can formalize it and it will be more successful for the next time.

Dr. Taylor: We agree fully, and currently, lots of interactions are taking place with all those organizations. For example, we place our field epidemiology trainees — as we have been placing them successfully with the British Columbia Centre for Disease Control for years — in the Ontario agency.

What Ms. Stuart said was to formalize those interactions. As it turns out, the agency's senior management, including our chief public health officer, are flying to Toronto next week to initiate formal discussions with the Ontario agency to do precisely what you suggest. It is a matter of taking advantage, as strategically as we can, of the expertise we have in the country while working on a coordinated basis.

Senator Martin: Are you saying you are moving towards formalizing specific roles and drawing on expertise? You are hopeful those roles will be in place before the next pandemic?

Dr. Taylor: That is our intent. We have informal arrangements. We are already working with organizations on two different areas, but next week we will start discussions to formalize those arrangements with the agencies, so stay tuned. We are looking for a better approach.

Le sénateur Martin : Je vais me concentrer sur une question, dans ce cas, et ferai un bref commentaire. Docteur Taylor, lorsque vous parlez de la toile de communication, j'imagine la complexité de cette tâche en situation de pandémie. Je vous félicite tous pour le travail que vous accomplissez, celui que vous avez abattu et celui que vous continuerez de faire.

Ma question porte sur ce que Mme Stuart disait des ressources disponibles dans les diverses provinces, notamment la Colombie-Britannique. Lors de la dernière pandémie, la Colombie-Britannique est intervenue ponctuellement mais l'une des recommandations est qu'elle joue un rôle concret. Je sais que dans le prochain panel figure un représentant de la Colombie-Britannique.

Cependant, selon votre optique, quel rôle concret ces autres agences pourraient-elles jouer la prochaine fois?

Mme Stuart : Je pense que mes collègues sont peut-être mieux placés pour répondre à cette question. Je sais que les agences ont des connaissances très développées dans le domaine de la science et de la technologie et des impacts connexes pouvant être déterminés grâce à la connaissance du virus, ce qui permettra de faire les choses voulues et d'avoir les bons plans d'action.

Il importe d'utiliser les agences pour focaliser sur la science et sur les impacts, au fur et à mesure que l'on connaîtra mieux le virus et son comportement et ses effets sur la population. Nous serons alors en mesure de mieux exploiter cette information pour prendre les décisions stratégiques appropriées pour l'avenir.

Rien de ce que je dis ne donne à entendre que les agences n'ont pas été de pleines participantes à notre action. Mais je pense que nous pouvons formaliser cela et la collaboration sera encore plus fructueuse la prochaine fois.

Dr Taylor : Nous sommes pleinement d'accord et, actuellement, quantités d'interactions ont lieu avec des organisations. Par exemple, nous plaçons nos stagiaires en épidémiologie auprès de l'agence ontarienne, comme nous l'avons fait avec succès pendant des années auprès du Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique.

Mme Stuart a préconisé de formaliser ces interactions. Il se trouve justement que la haute direction de l'agence, et notamment notre administrateur en chef de la santé publique, va se rendre à Toronto la semaine prochaine pour mettre en route des pourparlers officiels avec l'agence ontarienne, pour faire précisément ce que vous préconisez. Il s'agit de mettre à profit de manière aussi stratégique que possible l'expertise que nous avons dans le pays, tout en œuvrant de manière concertée.

Le sénateur Martin : Dites-vous que nous entreprenons de formaliser des rôles précis mettant à profit l'expertise? Vous espérez que ces rôles seront fixés avant la prochaine pandémie?

Dr Taylor : C'est notre intention. Nous avons des arrangements officieux. Nous travaillons déjà avec les organisations dans deux domaines différents, mais la semaine prochaine nous entamerons les pourparlers pour officialiser ces arrangements avec les agences, alors restez à l'écoute. Nous cherchons une meilleure approche.

Senator Braley: In reading the material, I focused on the roles of the federal, provincial and territorial governments. You signed an MOU in September of 2009, which is immediately before this chart starts to jump up high with the number of cases reported. Has anything been learned from that experience, and do any changes need to be made? Does this MOU also cover communications with regard to the public?

Dr. Taylor: You are referring to the MOU on roles and responsibilities during H1N1?

Senator Braley: Yes.

Dr. Taylor: That is correct. We are now working on an MOU more broadly. That MOU was limited to that specific pandemic. The MOU on roles and responsibilities writ large is under way, and we have had bumps in terms of cost-sharing formulas, but that one was specific to H1N1.

Senator Braley: Are the roles and responsibilities defined with regard to pandemics?

Dr. Taylor: Yes, that is what they are for. We have not finished the most recent one.

Senator Braley: You are making adjustments.

Dr. Taylor: Absolutely.

Senator Braley: Does that MOU include communications to the public?

Dr. Taylor: I believe so. I believe communications are included.

Ms. Stuart: I am the provincial co-chair on the MOU on roles and responsibilities in an influenza pandemic.

We have been working, off and on, on this MOU since, I believe, 1998. We accomplish a lot of good work on it, but we become stuck on the issue of financial responsibilities and the sharing of that financial responsibility. That is where we always become stuck. We continue to work on that issue but, as was stated earlier, stay tuned.

We are looking at restructuring the MOU itself so that we have less line-by-line delineation and more of a principle-based document as to who does what. In truth, having a document with multiple annexes and so on probably will not be used.

We have those roles and responsibilities outlined in the Canadian Pandemic Influenza Plan. It delineates roles and responsibilities, including for communications. Each group involved with those areas, whether communications, vaccines or whatever it might be, is now reviewing based on what we have gone through. It will be wonderful if we can move forward with our MOU and have it signed, then be able to put that issue to one side and move on to other issues.

Le sénateur Braley : En parcourant la documentation, je me suis intéressé aux rôles respectifs des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Vous avez signé un protocole d'entente en septembre 2009, soit immédiatement avant que le nombre des cas indiqués sur ce diagramme ne grimpe en flèche. A-t-on tiré les leçons de cette expérience et des changements s'imposent-ils? Est-ce que ce protocole d'entente couvre également les communications destinées au public?

Dr Taylor : Parlez-vous du protocole d'entente sur les rôles et responsabilités pendant l'épidémie de H1N1?

Le sénateur Braley : Oui.

Dr Taylor : C'est exact. Nous travaillons maintenant à un protocole d'entente plus large. Celui-ci se limitait à cette pandémie particulière. Le protocole d'entente sur les rôles et responsabilités au sens large est en cours d'élaboration et nous avons eu quelques heurts à propos des formules de partage de coûts, mais celui-ci était propre au H1N1.

Le sénateur Braley : Est-ce que les rôles et responsabilités à l'égard des pandémies sont définis?

Dr Taylor : Oui, les protocoles sont destinés à cela. Nous n'avons pas achevé le plus récent.

Le sénateur Braley : Vous apportez des ajustements.

Dr Taylor : Absolument.

Le sénateur Braley : Est-ce que ce PE englobe les communications à destination du public?

Dr Taylor : Je le crois. Je crois que les communications sont comprises.

Mme Stuart : Je suis la coprésidente provinciale du groupe de travail sur le PE établissant les rôles et responsabilités lors d'une pandémie d'influenza.

Nous avons travaillé par à-coups sur ce PE depuis 1998, je crois. Nous avons abattu beaucoup de travail à son sujet, mais nous nous engluons sur la question des responsabilités financières et du partage de cette responsabilité financière. C'est toujours là où nous nous enlisons. Nous continuons à travailler sur ce problème mais, comme cela a été dit plus tôt, restez à l'écoute.

Nous envisageons de restructurer le PE lui-même de façon à avoir moins de délimitation ligne par ligne et davantage un document axé sur des principes de répartition des rôles. En vérité, un document comportant des annexes multiples et ainsi de suite ne serait probablement pas utilisé.

Nous avons une répartition des rôles et responsabilités dans le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza. Il délimite les rôles et responsabilités, notamment dans le domaine des communications. Chaque groupe ayant des attributions dans ces domaines, qu'il s'agisse des communications, des vaccins ou d'autre chose, procède à un réexamen sur la base de ce que nous avons vécu. Ce sera merveilleux si nous pouvons parachever notre PE et le faire signer, afin de pouvoir mettre cette question de côté et passer à autre chose.

The Chair: Thank you very much. That brings us to the close of this session with panel one. I thank all of you for being here and for the information that you have provided.

Honourable senators, on this second panel we have three participants, one by video conference. From Vancouver, we have Dr. Perry Kendall, Provincial Health Officer, Province of British Columbia. I know him better in another role. When I was Mayor of Toronto he was the Medical Officer of Health in Toronto, so I am delighted to see Dr. Kendall again.

From Nova Scotia, and here in the committee room, we have Duff Montgomerie, Deputy Minister, Health Promotion and Protection, Province of Nova Scotia. From Health Canada, our federal agency, we have Glenda Yeates, Deputy Minister, Health Canada.

We have the three of you from now until 9:30. I will start by asking each of you to give an opening statement of about seven minutes.

We will start with Dr. Kendall in Vancouver.

Dr. Perry Kendall, Provincial Health Officer, Province of British Columbia: Thank you for inviting me to contribute to the deliberations of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology as the committee looks into Canada's preparedness for and response to the 2009 pandemic H1N1 influenza.

I am the Provincial Health Officer of British Columbia, the senior medical health officer in that province. By provincial government direction, I am the lead in the health sector pandemic preparedness and response. For five years, since its inception in 2005, I was also the Provincial/Territorial Co-chair of the Pan-Canadian Public Health Network Council, which was established post-SARS to provide a coordinating mechanism for federal, provincial and territorial capacity and response to both communicable and non-communicable diseases in Canada.

In March, shortly after the isolation of the pandemic viruses in Nova Scotia, California and Mexico, I was appointed as the Provincial/Territorial Co-chair of the Special Advisory Committee on H1N1, SAC, that was established by Canada's deputy ministers of health to provide advice, guidance, recommendations and coordination through the pandemic period.

The SAC combined both the Public Health Network council members and all the provincial and territorial chief medical officers of health. It was co-chaired by Dr. Butler-Jones, and you have before you a number of diagrams showing both the structure of the network and the governance structure that was put into place to manage the pandemic.

We had the Special Advisory Committee on H1N1 and a pandemic coordinating committee. That complex subcommittee structure reported through a pandemic coordinating committee. The structure is also shown on another diagram that I sent to you, which shows well the complexity of the tasks, the subject matter and the clinical domains that we were coordinating for many months. The structure worked extraordinarily well, considering

Le président : Merci infiniment. Cela nous amène à la fin de cette séance avec le premier panel. Je vous remercie tous d'être venus et des renseignements que vous avez fournis.

Honorables sénateurs, sur ce deuxième panel nous avons trois participants, l'un comparaisant par vidéoconférence. Depuis Vancouver, nous avons le Dr Perry Kendall, administrateur des soins de santé de la province de Colombie-Britannique. Je l'ai bien connu en une autre capacité. Lorsque j'étais maire de Toronto, il était médecin conseil en santé publique de Toronto, et je suis donc ravi de le revoir.

De la Nouvelle-Écosse, et présent ici dans la salle, nous avons Duff Montgomerie, sous-ministre, Promotion et protection de la santé, province de la Nouvelle-Écosse. De Santé Canada, notre ministère fédéral, nous avons Glenda Yeates, sous-ministre, Santé Canada.

Nous avons jusqu'à 9 h 30 avec vous trois. Je vais commencer par demander à chacun d'entre vous de faire une déclaration liminaire d'environ sept minutes.

Nous allons commencer avec le Dr Kendall, à Vancouver.

Dr Perry Kendall, administrateur Provincial de la santé, Province de la Colombie-Britannique : Merci de m'avoir invité à contribuer aux délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie dans le cadre de son étude sur l'état de préparation et de la réponse du Canada à la pandémie de grippe H1N1 de 2009.

Je suis l'administrateur provincial de la santé de la Colombie-Britannique, soit le médecin hygiéniste en chef de la province. Le gouvernement fédéral m'a confié le premier rôle au sein du secteur de la santé sur le plan de la préparation et de la réaction à une pandémie. Pendant cinq ans, depuis sa création en 2005, j'ai également été le coprésident provincial-territorial du Conseil du réseau pancanadien de santé publique, qui a été créé après le SRAS à titre de mécanisme de coordination de la capacité et de l'action fédérale, provinciale et territoriale face aux maladies tant transmissibles que non transmissibles au Canada.

En mars, peu après la détection des virus pandémiques en Nouvelle-Écosse, en Californie et au Mexique, j'ai été nommé coprésident provincial-territorial du Comité consultatif spécial sur le H1N1, le CCS, mis sur pied par les sous-ministres de la santé canadiens avec pour mission de conseiller, guider, recommander et coordonner au cours de la pandémie.

Le CCS comprenait tant des membres du Conseil du réseau pancanadien de santé publique que tous les directeurs de la santé provinciaux et territoriaux. Le comité était coprésidé par le Dr Butler-Jones et je vous montre là un certain nombre de diagrammes qui indiquent la structure du réseau et la structure de gouvernance mises en place pour gérer la pandémie.

Nous avons le Comité consultatif spécial sur le H1N1 et un comité de coordination de la pandémie. Cette structure de sous-comités complexe faisait rapport par le biais d'un comité de coordination de la pandémie. Cette structure apparaît également dans un autre diagramme que je vous ai fait parvenir, qui montre bien la complexité des tâches, du sujet et des domaines cliniques que nous avons coordonnés pendant de nombreux mois. Cette structure

everything it was challenged with; and I want to commend, for the record, the work of that pandemic coordinating committee and its members. I think Canada owes them a debt for their work. I have also provided you with a copy of the summary report on the British Columbia H1N1 experience.

To give you examples of the topics that the committee coordinated and looked at, they included guidelines and information on remote and isolated communities; guidelines on clinical care and antiviral management and usage; antiviral stockpile management — the issue of xylanases and the Alberta pigs was an example; public health measures from handwashing, distancing, school closures; issues around technical and medical aspects of the vaccines; the logistics of vaccine delivery — complex communications on a science that was changing sometimes on a daily basis; guidelines and advice on infection control and occupational health — a big component was surveillance, epidemiology and laboratory workings and coordination; and finally, an ongoing review of the Canadian Pandemic Influenza Plan, assessing its utility and updating it.

In summary, there are many challenges but I think Canada performed well in international comparisons; and, contrary to some people, I do not believe we overreacted. I think we were measured in our responses.

However, a number of issues have been highlighted and I will highlight them again. In future, we need a scalable pandemic response plan, with activities that are responsive to what is actually happening rather than a potential worst case scenario. It would be nice to have a plan with a scale of mild, moderate or severe intensity that will give us our responses to those scenarios.

We need to enhance our surveillance, epidemiologic and analytic capacities. We need reliable, close-to-real-time information. I reckon we can do a better job of coordinating the experience of the agencies that exist across Canada, coupling them with the Public Health Agency of Canada for the next time.

We need to enhance global vaccine production capacity, and ensure that Canada's domestic supply has a more robust delivery capacity, with backups on hand.

We need to increase our ability to do science and evaluation in real time — that speaks to engaging our agencies together — and to be able to transmit the findings to policy and communicate them with our publics in a rapid fashion.

We need to ensure we maintain a public health delivery infrastructure, and we need to have linkages to the acute-care side of the health care system that are ideally as strong as those we have built on the public health side. We need to coordinate our guidelines development process better for more expeditious clinical input and timely distribution.

a extraordinairement bien fonctionné, vu tout ce à quoi elle était confrontée; je profite de l'occasion pour féliciter publiquement le comité de coordination de la pandémie et ses membres pour leur travail. Je pense que le Canada a une dette envers eux. Je vous ai également remis une copie du rapport sommaire sur l'expérience de la Colombie-Britannique avec le H1N1.

Pour vous donner des exemples des aspects que le comité a coordonnés et étudiés, ils comprenaient les lignes directrices et les renseignements sur les localités éloignées et isolées, les lignes directrices sur les soins cliniques et la gestion et l'emploi des antiviraux; la gestion des stocks d'antiviraux — le problème des xylanases et des porcs albertains est un exemple —, les mesures de santé publique, depuis le lavage des mains, l'éloignement, les fermetures d'écoles; des questions touchant les aspects techniques et médicaux des vaccins; la logistique de la distribution des vaccins — des communications complexes portant sur une science qui évoluait parfois quotidiennement; des lignes directrices et des conseils sur le contrôle de l'infection et la santé au travail — un gros volet était la surveillance, l'épidémiologie et le fonctionnement et la coordination des laboratoires; et enfin, une révision continue du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza de façon à en évaluer l'utilité et à l'actualiser.

En résumé, les difficultés sont nombreuses mais je pense que le Canada s'en est bien tiré comparé aux pays étrangers; et contrairement à ce que d'aucuns pensent, je ne crois pas que notre réaction ait été excessive. Je pense que nos réponses étaient mesurées.

Cependant, un certain nombre de problèmes ont été mis en lumière et je vais le faire de nouveau. À l'avenir, nous avons besoin d'un plan de réaction à la pandémie échelonné, avec des activités qui répondent à ce qui se passe réellement plutôt qu'au pire scénario possible. Il serait bon d'avoir un plan avec une échelle de gravité légère, modérée ou forte de la pandémie pour guider nos réponses à ces scénarios.

Il nous faut renforcer nos capacités de surveillance, épidémiologiques et analytiques. Il nous faut une information fiable, quasi en temps réel. J'imagine que la prochaine fois nous pourrions mieux coordonner le travail des organismes qui existent à travers le Canada, en conjonction avec l'Agence de la santé publique du Canada.

Il faut renforcer la capacité mondiale de production de vaccins et veiller à ce que l'approvisionnement canadien dispose d'une capacité de distribution plus robuste, avec des moyens de secours.

Nous devons accroître notre capacité à effectuer en temps réel l'évaluation scientifique — ce qui suppose la concertation entre nos agences — et nous devons pouvoir transmettre les résultats aux responsables politiques et communiquer rapidement avec nos publics.

Nous devons veiller à maintenir une infrastructure de prestation des services de santé publique et nous avons besoin de liaisons avec le volet soins actifs du système de santé qui soient aussi solides que celles que nous avons construites du côté santé publique. Nous devons mieux coordonner notre mécanisme d'élaboration de lignes directrices de façon à bénéficier d'un apport clinique plus rapide et assurer la distribution en temps plus opportun.

The Chair: That list is a long extensive one, too. That was well done. Thank you, Dr. Kendall.

Duff Montgomerie, Deputy Minister, Health Promotion and Protection, Province of Nova Scotia: Dr. Kendall's list brings back many memories. Besides being deputy minister of the Nova Scotia Department of Health Promotion and Protection, I had the rare privilege of being the liaison and Provincial/Territorial Deputy Minister for the Public Health Network. When H1N1 happened, I became engaged in every call and every meeting at the Special Advisory Council co-chaired by Dr. Kendall and Dr. Butler-Jones.

As a lay person, it was an amazing privilege to witness these officials perform risk assessments on a daily basis based upon the evidence they had at the time to recommend processes and next steps to deputy ministers and ministers about the safety of Canadians. We owe these officials a debt of gratitude for their professionalism and for the way they shared with each other and wrestled daily to come to the right decisions.

On April 21, 2009, Dr. Butler-Jones, as the Chief Public Health Officer of Canada, initiated and chaired a call to the chief medical officers of health in Canada, where he gave us a heads up that a new flu virus was emerging out of Mexico. Initial information seemed to indicate it was striking younger people particularly hard. As a participant in that call, it struck me as dramatic that suddenly we were beginning to see a virus that worked in reverse of what we normally see.

On April 22, because of that call, we were able to brief our premier, our ministers and our emergency measures folks in Nova Scotia to give them a heads up that heavy-duty challenges could be facing us in the days ahead, not the weeks ahead. Regular updates from the Public Health Agency of Canada continued; and on April 23, the first Canadian media reports about the new flu virus in Mexico began to emerge.

In Nova Scotia, the Capital Health District advised us of a flu-like illness at King's-Edgehill School, a private school. Some of the students had returned from Mexico. On April 24, Nova Scotia then decided to activate our emergency operations centre of the Department of Health Promotion and Protection.

On April 21, we had the heads-up from Dr. Butler-Jones. By April 24, we were activating our own emergency system. Full briefings were held with elected officials, including those from the opposition, deputy ministers, Emergency Management Ontario and so on.

A lab in Nova Scotia gave us the heads-up on April 24 that specimens they were sending to the national lab in Winnipeg, shown as influenza A non-typeable, they strongly felt would come back as H1N1. We began to prepare for the possible receipt of H1N1 positive results, the first in Canada.

Le président : C'est une longue liste que vous avez dressée là. C'était très bien fait. Merci, docteur Kendall.

Duff Montgomerie, sous-ministre, Promotion et protection de la santé, Province de la Nouvelle-Écosse : La liste du Dr Kendall me rappelle quantité de souvenirs. En sus d'être le sous-ministre du ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la Nouvelle-Écosse, j'ai eu le rare privilège d'être le coordonnateur et le sous-ministre provincial-territorial du Réseau de santé publique. Lorsque le H1N1 est survenu, j'ai été amené à participer à chaque téléconférence et à chaque réunion du Conseil consultatif spécial coprésidé par le Dr Kendall et le Dr Butler-Jones.

Étant profane, cela a été pour moi un privilège révélateur de regarder ces responsables effectuer des évaluations de risque quotidiennes sur la base des indications à leur disposition au moment considéré, de façon à recommander des procédures et mesures aux sous-ministres et ministres intéressant la sûreté des Canadiens. Nous devons être reconnaissants à ces responsables pour leur professionnalisme et pour la manière dont ils ont interagi et se sont démenés quotidiennement pour prendre les bonnes décisions.

Le 21 avril 2009, le Dr Butler-Jones, à titre d'administrateur en chef de la santé publique du Canada, a tenu et présidé une téléconférence avec les directeurs de la santé du Canada, pour nous avertir du fait qu'un nouveau virus de la grippe était apparu au Mexique. Les premiers renseignements semblaient indiquer qu'il frappait particulièrement les jeunes gens. J'étais l'un des participants à cette téléconférence, et j'ai été frappé de voir que tout d'un coup nous voyions apparaître un virus qui fonctionnait à l'envers de la normale.

Le 22 avril, grâce à cet appel, nous avons pu informer notre premier ministre, nos ministres et nos responsables des mesures d'urgence en Nouvelle-Écosse et les prévenir que nous pourrions être confrontés à de vastes défis dans les jours suivants, et non pas les semaines suivantes. L'Agence de la santé publique du Canada a continué de fournir des mises à jour régulières; puis, le 23 avril, on a vu apparaître dans les médias canadiens les premiers reportages sur le nouveau virus de la grippe au Mexique.

En Nouvelle-Écosse, le district sanitaire de la capitale nous a informés d'une maladie de type grippal dans une école privée, la King's-Edgehill School. Certains des élèves revenaient du Mexique. Le 24 avril, la Nouvelle-Écosse a décidé d'activer son centre des opérations d'urgence au ministère de la Promotion et de la Protection de la santé.

Nous avons reçu l'avertissement du Dr Butler-Jones le 21 avril. Le 24 avril, nous activions notre propre système d'urgence. Des séances de breffage complètes ont été tenues avec les élus, y compris ceux de l'opposition, les sous-ministres, et Gestion des situations d'urgence Ontario.

Le 24 avril, un laboratoire de la Nouvelle-Écosse nous a fait part de sa crainte que des prélèvements qu'ils envoyaient au laboratoire national de Winnipeg, identifiés comme influenza A inclassable, risquaient fort d'être identifiés comme H1N1. Nous avons commencé à nous préparer pour l'éventuelle réception de résultats positifs au H1N1, les premiers au Canada.

Dr. Robert Strang, Chief Public Health Officer of Nova Scotia, met with the media for the first time — not about this particular part, but for an information briefing around H1N1. National communications calls now began on a daily basis.

On April 25, at 11:30 p.m., Dr. Strang and I were advised by Dr. Butler-Jones and lab officials in Winnipeg the tests from Nova Scotia were indeed H1N1-positive. On April 26, at 7 o'clock in the morning, preparations were begun to work with Capital Health District, King's-Edgehill School and, more importantly, to prepare Dr. Strang and his team to announce publicly to Nova Scotians and to Canadians that H1N1 has been found in Canada.

Mid-morning, we were advised through the normal communications network that British Columbia colleagues also had H1N1-positive tests. We began to work with British Columbia and the Public Health Agency of Canada, but at the same time we were dealing with King's-Edgehill School, Capital Health District and preparing for a major press conference for that afternoon.

By noon, Nova Scotia alone had 100 media calls because we had announced that Dr. Strang was going before the media at 2 o'clock. There is no better feeling in the world than telling *The New York Times* that they had to wait in line. We had CNN and every imaginable media come to us.

At 2 p.m., Dr. Strang faced the media in Halifax, and therefore the national networks. At 3 p.m. his British Columbia colleagues faced the media. At 5 p.m. Dr. Butler-Jones faced the media.

In this day and age, the thing we worry about most is showing confidence to Canadians that we are competent, prepared and giving them the right information.

My wife was the best judge. She said, "I could not believe it. I saw three government officials say the same thing after three major press conferences."

Think about the questions you asked about sharing information and timeliness. The fact that with 24 hours notice, three jurisdictions were able to speak to Canada in a united voice around this incredibly complex issue in the early days speaks volumes to the post-SARS strength of the Public Health Agency of Canada and the relationships the various public health departments across Canada have developed.

I will take you through that time sequence simply to demonstrate how far we have come in the post-SARS period. The caution I use even with our own officials in Nova Scotia is not to forget the capacities that were built up so the system worked. I tell them not look away from these capacities.

Briefly, and you have heard this phraseology time and again, this event was real-time driven. Everyone asks what that phrase means. Because the science was continually evolving and we are

Le Dr Robert Strang, administrateur en chef de la santé publique de la Nouvelle-Écosse, a rencontré les journalistes pour la première fois — non pas au sujet de cette information en particulier mais pour un breffage concernant le H1N1. Les téléconférences de communication à l'échelle nationale quotidiennes ont alors commencé.

Le 25 avril, à 23 h 30, le Dr Strang et moi-même avons été informés par le Dr Butler-Jones et le laboratoire de Winnipeg que les tests de la Nouvelle-Écosse étaient effectivement positifs au H1N1. Le 26 avril, à 7 heures du matin, les préparatifs ont commencé pour travailler avec le district sanitaire de la capitale, l'école King's-Edgehill et, surtout, pour préparer le Dr Strang et son équipe à annoncer publiquement aux Néo-Écossais et aux Canadiens que le H1N1 avait été décelé au Canada.

Vers le milieu de la matinée, nous avons été informés par le réseau de communication normal que nos collègues de la Colombie-Britannique avaient eux aussi des tests positifs au H1N1. Nous avons commencé à travailler avec la Colombie-Britannique et l'Agence de la santé publique du Canada, mais en même temps nous continuions à communiquer avec l'école King's-Edgehill, le district sanitaire de la capitale et à préparer une grande conférence de presse pour l'après-midi.

Dès midi, rien que la Nouvelle-Écosse avait reçu plus de 100 appels de journalistes parce que nous avions annoncé que le Dr Strang allait donner une conférence de presse à 14 heures. Rien au monde n'est plus satisfaisant que de dire au *New York Times* qu'il devait attendre son tour. Nous avions CNN et tous les médias imaginables qui nous appelaient.

À 14 heures, le Dr Strang s'est présenté devant les médias à Halifax, et donc devant les réseaux nationaux. À 15 heures, ses collègues de la Colombie-Britannique faisaient de même. À 17 heures, le Dr Butler-Jones a rencontré les médias.

De nos jours, ce qui nous importe le plus est de donner l'assurance aux Canadiens que nous sommes compétents, préparés et que nous leur donnons la bonne information.

Ma femme a été la meilleure juge. Elle m'a dit : « Je n'en croyais pas mes yeux. J'ai vu trois responsables gouvernementaux dire la même chose lors de trois grandes conférences de presse ».

Songez aux questions que vous avez posées sur le partage de l'information et sa rapidité. Le fait que dans un délai de 24 heures, trois provinces aient pu parler d'une seule voix au Canada sur ce sujet incroyablement complexe, dès les premiers jours, en dit long sur la solidité de l'Agence de la santé publique du Canada dans l'ère post-SRAS et sur les relations nouées entre les divers services de santé publique à travers le Canada.

Je vous fais cette chronologie simplement pour démontrer à quel point nous avons progressé depuis la crise du SRAS. La mise en garde que je fais même à nos propres fonctionnaires en Nouvelle-Écosse est de ne pas oublier les capacités que nous avons édifiées pour que le système fonctionne bien. Je leur dis de ne pas perdre de vue ces capacités.

Brièvement, et vous avez entendu cette expression à maintes reprises, cet événement a été géré en temps réel. Tout le monde demande ce que signifie cette expression. Du fait que les

still trying to understand the magnitude of the virus and the immediate work that had begun to develop the vaccine, we knew that the science would evolve and change almost on a daily basis. Dr. Strang, in his second press conference after the first major one, adopted a phrase that he would use with the Nova Scotia media day after day: "What I tell you today may change tomorrow." It may change because the science and information may change.

Let me close my remarks by taking you through one day in federal-provincial-territorial interactions to demonstrate the real-time commitment. I know many senators were asking the earlier guests about the communication piece.

In a typical day, we began at 10:45 a.m. Eastern time. There was a pre-call of the co-chairs of the federal-provincial-territorial health deputies, which was at the time Deputy Rosenberg from Health Canada, Arlene Wilgosh as the provincial co-chair from Manitoba, Dr. Butler-Jones as the Chief Public Health Officer of Canada and also Deputy Minister of the Public Health Agency of Canada, and me as the liaison deputy to the Public Health Network. We had a call 15 minutes before a full deputies' call, and at that time we shared with each other how we were doing, some of the bumps and blips, and determine if the agenda for the next hour was in the right place and if we were in good shape.

Then from 11 a.m. to 12 p.m., and we usually worked hard through Deputy Rosenberg and Deputy Wilgosh as the co-chairs to keep the conversation focused, the deputies met with the recommendations coming forward from the SAC meeting, which I will explain in a minute.

We were dealing with presentations from Dr. Kendall as the co-chair of the SAC and from Dr. Butler-Jones at the deputies' table, and where appropriate, we took those presentations to our respective ministers. In most cases, our ministers had empowered us, where data was being discussed, simply to move forward.

At 1:45 p.m., we had a pre-call before the Special Advisory Committee. That committee was the heart blood of this organization. Dr. Kendall and Dr. Butler-Jones co-chaired that committee. For the Government of British Columbia to enable Dr. Kendall to provide as much time and effort as he could to this national effort while looking after his own jurisdiction speaks highly of his government, but more importantly of Dr. Kendall and his commitment.

Then at 2 p.m., the full call was under way, and that call could be anywhere from one to three hours. Many expert groups fed into the chief medical officers of health here with the latest data and information. Those chief medical officers of health then had to wrestle with not having the full information, as it was still evolving, but having to assess the risk and then give recommendations to decision makers and, more importantly, to

connaissances scientifiques ne cessaient d'évoluer et que nous cherchions toujours à comprendre l'ampleur de l'épidémie et le travail immédiat qui avait commencé pour mettre au point un vaccin, nous savions que les connaissances scientifiques continueraient d'évoluer et de changer presque quotidiennement. Le Dr Strang, lors de sa deuxième conférence de presse après la grande première, a adopté une phrase qu'il allait répéter aux médias de la Nouvelle-Écosse jour après jour : « Ce que je vous dis aujourd'hui peut changer demain ». Cela peut changer parce que la science et l'information peuvent changer.

Permettez-moi de conclure en vous relatant les interactions fédérales-provinciales-territoriales d'une journée pour démontrer la volonté de travailler en temps réel. Je sais que de nombreux sénateurs ont posé des questions aux témoins précédents sur le volet communication.

Lors d'une journée typique, nous commençons à 10 h 45 du matin, heure de l'Est. Nous avons une téléconférence préalable des coprésidents des sous-ministres de la Santé fédéraux-provinciaux-territoriaux, qui étaient à l'époque le sous-ministre Rosenberg de Santé Canada, Arlene Wilgosh du Manitoba comme coprésidente provinciale, le Dr Butler-Jones en tant qu'administrateur en chef de la santé publique du Canada et aussi sous-ministre de l'Agence de la santé publique du Canada, et moi-même comme sous-ministre chargé de la liaison au sein du Réseau de santé publique. Nous avons une téléconférence 15 minutes avant la téléconférence plénière des sous-ministres, et nous y faisons le point de notre action respective, de quelques difficultés rencontrées et déterminions si l'ordre du jour pour l'heure suivante était approprié et si tout était en place.

Puis, de 11 heures à midi — et le sous-ministre Rosenberg et le sous-ministre Wilgosh en tant que coprésidents s'efforçaient habituellement de canaliser la discussion — les sous-ministres étaient mis au courant des recommandations émanant de la réunion du CCS, que je vais expliquer dans un instant.

À la table des sous-ministres, nous entendions les présentations du Dr Kendall, coprésident du CCS, et du Dr Butler-Jones, et le cas échéant nous les transmettions à nos ministres respectifs. Dans la plupart des cas, nos ministres nous avaient habilités, lorsqu'il était question de données, de simplement prendre les décisions.

À 13 h 45, nous avons une conférence téléphonique préalable à la réunion du Comité consultatif spécial. Ce comité était la cheville ouvrière de cette organisation. Le Dr Kendall et le Dr Butler-Jones le présidaient. Il faut rendre hommage au gouvernement de la Colombie-Britannique qu'il ait permis au Dr Kendall de consacrer autant de temps et d'énergie à cet effort national tout en s'occupant de sa propre juridiction, mais surtout au Dr Kendall et à son engagement.

Puis, à 14 heures, la téléconférence plénière était en route, et elle pouvait durer entre une heure et trois heures. De nombreux groupes d'experts alimentaient les administrateurs en chef de la santé avec les derniers chiffres et renseignements. Les administrateurs étaient aux prises avec la difficulté de ne pas disposer de toute l'information, car celle-ci continuait d'évoluer, tout en devant évaluer le risque et faire des recommandations aux décideurs et,

Canadians. They then communicated to Canadians what the next steps were. Those conversations were immense and tough. In many cases, they were incredibly detailed.

At 4 p.m., the federal-provincial-territorial communications people had a discussion. Then, we had the deputies' call, the SAC call, and our communications folks took the results from both those calls and began to ensure that, on the message side, we were all saying the same thing to Canadians.

I will not go into what measures each province took after those calls. For example, Nova Scotia at 5 p.m. every day had a major call with the chief executive officers of our health authorities and their teams to share the information from these other calls.

The SAC would recommend to deputies, deputies would agree and then they would communicate to the system; to the doctors in their offices and to the providers who put the needles in arms or provided information to citizens.

Finally, there was a small group of Deputy Rosenberg, Deputy Wilgosh, Dr. Butler-Jones and me who had an agreement that we could call a meeting at the insistence of any of those members of the group, and that agreement worked also with the SAC committee. Dr. Kendall knew that if the chief public health officer in Nova Scotia said he had an issue, then Dr. Kendall could share that information with Dr. Butler-Jones and they would ensure those communications occurred.

To make a long story short, there was a fairly open, transparent and readily available communication system at the highest level of the two governments during this outbreak.

The Chair: Thank you very much for giving us the description of the communication system and how it worked on any typical day, as you called it.

Glenda Yeates, Deputy Minister, Health Canada: Thank you very much for the opportunity to be here with you today.

[Translation]

I am pleased to appear today before this committee with my colleagues from provincial Ministries of Health. When I started at Health Canada May 1st, 2009, we were right in the thick of the first wave of H1N1.

[English]

One of the first activities of my first day on May 1 was to participate in one of the calls Mr. Montgomerie described. I was associate deputy minister at that point, and the call was with the federal-provincial-territorial deputy ministers of health on this topic. At that point, those calls were happening on a daily basis.

surtout, aux Canadiens. Ils communiquaient ensuite aux Canadiens les nouvelles mesures prises. Ces discussions étaient immenses et rudes. Très souvent, elles étaient incroyablement détaillées.

À 16 heures, les responsables des communications fédéraux-provinciaux-territoriaux tenaient une discussion. Puis, nous avions la téléconférence des sous-ministres, la téléconférence du CCS, et nos responsables des communications prenaient les résultats de ces deux téléconférences et commençaient à veiller à ce que, du point de vue des messages transmis, nous disions tous la même chose aux Canadiens.

Je ne vais pas entrer dans le détail des mesures prises par chaque province après ces téléconférences. Par exemple, la Nouvelle-Écosse, à 17 heures chaque jour, tenait une grande téléconférence de tous les directeurs généraux de nos autorités sanitaires et leurs équipes pour partager l'information provenant de ces autres téléconférences.

Le CCS faisait des recommandations aux sous-ministres, les sous-ministres les acceptaient puis les transmettaient aux administrations, aux médecins dans leurs cabinets et aux soignants qui piquaient les bras ou informaient les citoyens.

Enfin, il y avait un petit groupe composé du sous-ministre Rosenberg, du sous-ministre Wilgosh, du Dr Butler-Jones et de moi-même qui avions convenu de convoquer une réunion à la demande de l'un ou l'autre des membres de ce groupe, et cet accord valait également pour le comité CCS. Le Dr Kendall savait que si l'administrateur en chef de la santé publique de la Nouvelle-Écosse disait avoir un problème, il pourrait partager cette information avec le Dr Butler-Jones et il veillerait alors à ce que ces communications aient lieu.

Pour abrégé, il y avait un système de communication relativement ouvert, transparent et facilement accessible au plus haut niveau des gouvernements lors de cette flambée.

Le président : Merci beaucoup de nous avoir fait cette description du système de communication et de la manière dont il fonctionnait lors d'une journée typique, comme vous l'avez appelée.

Glenda Yeates, sous-ministre, Santé Canada : Merci infiniment de cette occasion de vous rencontrer aujourd'hui.

[Français]

Je suis ravie de témoigner devant ce comité aujourd'hui avec mes homologues provinciaux de la santé. Lorsque je suis entrée en fonction à Santé Canada, le 1^{er} mai 2009, nous étions au cœur de la première vague de grippe H1N1.

[Traduction]

L'une des premières activités de ma première journée, le 1^{er} mai, a été de participer à l'une des téléconférences que M. Montgomerie a décrites. J'étais alors sous-ministre associée, et la téléconférence sur ce sujet était avec les sous-ministres fédéraux-provinciaux-territoriaux de la santé. À ce stade, ces téléconférences avaient lieu chaque jour.

I am a former deputy minister of health from the Province of Saskatchewan, so I could say that I understood, I thought, some of the provincial-territorial challenges that were faced, and I was struck by the degree of collaboration and cooperation that I saw between governments.

Before I speak about the central issue today of federal-provincial-territorial focus, I want to touch briefly on Health Canada's role in H1N1 since I am not able to be here with you later in your deliberations.

First, we had a strong role in the regulatory responsibility, the authorization, for example, of the vaccines and the antivirals. I know some of my colleagues from Health Canada have been here to speak to that process.

Second, we also have specific responsibilities of delivery of health services to First Nations on-reserve in collaboration and partnership with the local and provincial medical officers of health and others. I know you have had conversations with Dr. Paul Gully from Health Canada and that you will speak further to colleagues in future meetings about that function.

Third, Health Canada had a responsibility to coordinate across the Government of Canada. We were the linkage from this federal-provincial-territorial process to take that information forward to tables that included other government departments — Canadian Food Inspection Agency, Department of National Defence, Citizenship and Immigration Canada, Canada Border Services Agency and all the other federal government departments — who along with our health portfolio partner, the Public Health Agency, would meet as we sorted through Government of Canada responses.

Fourth, we had the responsibility to work with colleagues to ensure there was as much coordination as possible. As part of that responsibility, we also have begun the process that many jurisdictions have talked about, preparing their own lessons-learned processes. We in the health portfolio, and I think Dr. Butler-Jones spoke about this earlier, are preparing a health portfolio lessons learned.

We at the federal-provincial-territorial table have also met specifically to coordinate our FPT lessons learned. We met in April in Newfoundland and had a good process of reviewing the lessons we felt we learned at that point and what further work we wanted to do, and that work is still ongoing.

I will make four observations in areas about the review we have made as FPT deputies of the work so far: first, the FPT governance and decision-making area; second, communications; third, vaccine issues; and fourth, roles, responsibilities and relationships between the provincial and territorial governments in the Government of Canada.

First, on the FPT governance and decision making, as has been pointed out, in the early days we moved to a command-and-control structure that we thought allowed for effective collaboration and oversight of the many areas that have been spoken about here: planning, operations, logistics, communications and health services.

J'ai été précédemment sous-ministre de la santé de la Saskatchewan, et je peux donc dire que je comprenais, pensais-je, certaines des difficultés provinciales-territoriales rencontrées, et j'ai été frappée par l'étendue de la collaboration entre les gouvernements que j'ai observée.

Avant d'aborder le grand sujet d'aujourd'hui, celui de la collaboration fédérale-provinciale-territoriale, je veux évoquer brièvement le rôle de Santé Canada à l'égard du H1N1, puisque je ne serai pas là pour la suite de vos délibérations.

Premièrement, sur le plan réglementaire, nous étions responsables de l'autorisation du vaccin et des antiviraux, par exemple. Je sais que certains de mes collègues de Santé Canada vous ont déjà expliqué ce processus.

Deuxièmement, nous avons aussi des responsabilités particulières à l'égard de la prestation des services de santé dans les réserves des Premières nations, en collaboration et en partenariat avec les administrateurs de la santé locaux et provinciaux et d'autres. Je sais que vous avez parlé avec le Dr Paul Gully, de Santé Canada, et que vous traiterez de cette fonction avec d'autres collègues lors de séances futures.

Troisièmement, Santé Canada avait un rôle de coordination au sein du gouvernement fédéral. Nous étions la courroie de transmission entre ce mécanisme fédéral-provincial-territorial et d'autres ministères fédéraux — Agence canadienne d'inspection des aliments, ministère de la Défense nationale, Citoyenneté et Immigration Canada, Agence des services frontaliers du Canada et tous les autres ministères fédéraux — qui, avec notre partenaire du portefeuille de la santé, l'Agence de la santé publique, se rencontraient pour mettre au point les actions du gouvernement du Canada.

Quatrièmement, nous devons travailler avec nos collègues pour assurer une coordination aussi étroite que possible. À cet égard, nous avons aussi commencé un travail que beaucoup d'autres provinces ont évoqué, à savoir tirer les leçons de l'expérience. Nous, dans le portefeuille de la santé, et je crois que le Dr Butler-Jones en a déjà parlé, travaillons à un rapport sur les leçons à retenir dans notre domaine.

À la table fédérale-provinciale-territoriale, nous nous sommes également réunis spécifiquement pour coordonner l'exploitation des leçons apprises au niveau FPT. Nous nous sommes réunis en avril à Terre-Neuve et avons passé en revue les leçons apprises à ce stade et déterminé quel travail reste à faire, et ce travail est en cours.

Je formulerai quatre observations concernant l'examen que nous avons effectué jusqu'à présent en tant que sous-ministre FPT, sur les domaines suivants : premièrement, la gouvernance FPT et la prise de décision; deuxièmement, les communications; troisièmement, les questions relatives au vaccin; enfin, quatrièmement, les rôles, responsabilités et relations entre les gouvernements provinciaux et territoriaux et le gouvernement du Canada.

Premièrement, au sujet de la gouvernance FPT et de la prise de décision, comme on l'a fait remarquer, dès les premiers jours nous avons opté pour une structure de commandement et de contrôle permettant une collaboration et une supervision efficaces dans les nombreux domaines d'intervention qui ont été évoqués ici : la

Many people have alluded to the fact that the key role was played by the Specific Advisory Committee on H1N1, and key decisions and deliberations came up there to the deputy ministers for their decision.

[Translation]

While the governance structure that we put in place served us well, we will continue to work with emergency management experts to consider the applicability of the governance structure for H1N1 in future events that confront the health sector.

[English]

Second, with respect to communications, many people have commented in the previous panel, as well as Mr. Montgomerie and Dr. Kendall, that we thought this area was a strong asset. However, we know there are areas here upon which we can improve. People spoke about the fact that the information was changing. There were many technical issues during the various stages of the pandemic and issues that were a significant challenge to communicate, for example, why children needed two shots while adults needed only one, or why it was recommended that pregnant women receive unadjuvanted vaccine as opposed to adjuvanted vaccine. There was considerable effort on the part of the communications officials across the country to ensure that we had strong, effective and coherent communication of messages from governments. We all recognized that consistency of messaging was key.

In the case of First Nations and Inuit populations, we also knew that to communicate effectively, we needed to involve communities or national organizations. As part of our review that we have been conducting as an FPT set of deputies, we concluded that we had a number of successes in communicating effectively, but we noted that even minor differences in our messages or communications were challenging. As part of that review, we want to build those lessons into our future plans.

The third issue I will raise is in regard to vaccines. I think this issue has been flagged as well. We had a significant number of Canadians who turned out to be vaccinated, although there were differences across the country, as noted in the previous panel. We think we had considerable successes in our vaccine campaigns, relatively speaking to some of our international competitors. Canada had a high rate of immunization. I think my provincial and territorial colleagues will agree that some of the issues related to the production and distribution of the vaccine did test the relationship.

[Translation]

During the height of the pandemic, the delays in the production of the vaccine only increased the level of media interest and public anxiety.

[English]

From an operational perspective, this situation was challenging for all jurisdictions.

planification, les opérations, la logistique, les communications et les services de santé. De nombreuses personnes ont mentionné le rôle clé joué par le Comité consultatif spécial sur le H1N1, dont les délibérations et recommandations remontaient au niveau des sous-ministres pour leur décision.

[Français]

Bien que la structure de gouvernance mise en place ait été utile, nous travaillons avec les experts en gestion d'urgence pour voir comment on pourra l'appliquer lors d'événements auxquels le secteur de la santé sera confronté dans le futur.

[Traduction]

Deuxièmement, pour ce qui est des communications, plusieurs témoins du panel précédent, ainsi que M. Montgomerie et le Dr Kendall, les ont qualifiées d'atout précieux. Cependant, nous savons que des améliorations restent possibles. Plusieurs personnes ont parlé du fait que l'information évoluait sans cesse. Il se posait toutes sortes de problèmes techniques au cours des premières phases de la pandémie, des aspects qu'il était difficile de communiquer au public, par exemple la raison pour laquelle les enfants avaient besoin de deux piqûres et les adultes une seulement, ou bien pourquoi on recommandait le vaccin sans adjuvant aux femmes enceintes plutôt que le vaccin avec adjuvant. Les responsables des communications ont déployé des efforts considérables pour assurer une coordination soutenue et efficace des messages émanant des pouvoirs publics. Nous avons tous conscience que la cohérence des messages était primordiale.

En ce qui concerne les Premières nations et les Inuits, nous savions également que pour communiquer efficacement avec eux il nous fallait la participation des collectivités ou des organisations nationales. Dans le cadre de l'examen que nous avons mené au niveau des sous-ministres FPT, nous avons conclu que nous avons réussi généralement à communiquer efficacement avec la population, mais avons constaté aussi que même des divergences mineures dans nos messages ou nos communications entraînaient des difficultés. Cet examen va nous permettre de tirer les leçons pour l'avenir.

Le troisième aspect que j'aborderai est celui des vaccins. Cet enjeu-là aussi a retenu l'attention. Un nombre important de Canadiens se sont fait vacciner, mais avec des taux variables à travers le pays, comme le panel précédent l'a fait remarquer. Nous pensons que nos campagnes de vaccination ont été très fructueuses, en comparaison avec d'autres pays. Le Canada a affiché un fort taux de vaccination. Je pense que mes collègues provinciaux et territoriaux conviendront que certains problèmes liés à la production et à la distribution du vaccin ont mis à l'épreuve nos relations.

[Français]

À l'apogée de la pandémie, les retards dans la production du vaccin ont piqué l'intérêt des médias et suscité l'inquiétude dans la population.

[Traduction]

D'un point de vue opérationnel, cette situation a été difficile pour toutes les administrations.

Federally, we were dealing with extremely variable information from the manufacturer that changed in some cases not even daily but from hour to hour. We recognized the importance to the provinces and the territories of having accurate information so that provinces and territories could develop the planning they needed in terms of booking clinics, booking staff and telling the population when the vaccine would be available. We did our best to provide any information we had in a timely way.

Throughout the process, I think we all learned a great deal about what is involved in manufacturing vaccine. We learned about some of the volatility in that process. We have since made improvements by creating a new process for vaccine contracting that allows for greater involvement by the provinces and territories right from the outset. Officials will also consider the variance in levels of vaccine uptake across the country and in specific populations with a view to identifying best practices. I think that point was mentioned in the previous panel.

Finally, regarding the roles and responsibilities of governments, we identified a few areas where we are considering ways to improve the collaboration across the sectors. Again, we felt we had good collaboration, but, for example, a number of individuals have spoken about the fact that with public health officials collaboration was very strong. However, we learned in the areas of acute and clinical care that there would be room for improvement in terms of the collaborative networks that we establish and the methods of communication there.

[Translation]

We are also looking at how to improve our surveillance system in order to improve our ability to adapt our response to changing environments.

[English]

While there are areas for improvement, our overall ability to respond to H1N1 was a testament to the efforts that jurisdictions undertook to be well prepared and to complete that work in advance of the pandemic. My provincial and territorial colleagues and I remain committed to this collaboration, and to making improvements to ensure the health sector is even better prepared for the next pandemic or health emergency.

The Chair: Thank you very much for those helpful suggestions. In fact, all of you have been helpful to us today.

I will start the questioning with Dr. Kendall. You cited a number of areas for improvement where lessons learned come into play. I was writing them down here quickly while you were listing them. I want to give you an opportunity to expand on some of the ones that you think are the most important to give us a clearer understanding of what you meant.

Dr. Kendall: We are working on our ability to capture the information and to use the modelling capacities that we have. For example, Quebec has the Institut national du santé publique du

Au niveau fédéral, nous étions confrontés à des renseignements extrêmement variables donnés par le fabricant, renseignements qui changeaient parfois non seulement d'un jour à l'autre, mais d'heure en heure. Nous avons admis l'importance pour les provinces et territoires d'avoir des renseignements fiables afin qu'ils puissent procéder à la planification voulue, notamment réserver des locaux pour les cliniques, réserver du personnel et informer le public du moment où le vaccin sera disponible. Nous avons fait de notre mieux pour diffuser en temps opportun l'information dont nous disposions.

Tout au long de ce processus, je crois que nous en avons appris beaucoup sur ce qu'implique la fabrication d'un vaccin. Nous nous sommes rendu compte de la volatilité de ce processus. Nous avons depuis apporté des améliorations grâce à la mise au point d'un nouveau système de passation de contrats pour la fourniture de vaccins qui permet une meilleure concertation avec les provinces et territoires dès le départ. Les responsables tiendront compte aussi de la variation des taux de vaccination à travers le pays et dans certaines populations afin de cerner les pratiques exemplaires. Je pense que ce point a été mentionné par le panel précédent.

Enfin, en ce qui concerne les rôles et responsabilités des pouvoirs publics, nous avons distingué quelques domaines dans lesquels nous recherchons les moyens d'améliorer la collaboration entre les secteurs. Encore une fois, nous pensons que la collaboration a été bonne mais, par exemple, un certain nombre de personnes ont estimé qu'elle avait été excellente avec les responsables de la santé publique, mais que dans le domaine des soins actifs et cliniques il y aurait lieu d'améliorer les réseaux de collaboration et les méthodes de communications.

[Français]

Nous cherchons aussi une façon d'améliorer notre système de surveillance afin d'améliorer notre capacité d'adapter notre intervention à des milieux évolutifs.

[Traduction]

Si des améliorations demeurent possibles, notre capacité globale d'intervention lors de la pandémie H1N1 témoigne des efforts déployés par les administrations pour être prêtes à y faire face, et ce bien avant que la pandémie soit déclarée. Mes collègues provinciaux et territoriaux et moi-même sommes déterminés à maintenir cette collaboration et à apporter des améliorations pour que le secteur de la santé soit encore mieux préparé à la prochaine pandémie ou urgence sanitaire.

Le président : Merci infiniment de ces utiles suggestions. De fait, vous tous nous avez été très utiles aujourd'hui.

Je vais poser la première question au Dr Kendall. Vous avez cité un certain nombre de possibilités d'amélioration mettant en jeu les leçons apprises. Je les ai notées rapidement pendant que vous dressiez la liste. Je veux vous donner l'occasion de nous en dire plus sur celles qui vous paraissent les plus importantes, afin que nous comprenions mieux ce que vous voulez dire.

Dr Kendall : Nous travaillons sur notre capacité à saisir l'information et à utiliser les capacités de modélisation que nous avons. Par exemple, le Québec a l'Institut national de santé

Québec; Ontario has the Health Protection Promotion Agency; B.C. has the British Columbia Centre for Disease Control, and other provinces have intellectual and analytical capacity. Those agencies started working together over the course of the summer to pool their intelligence and their resources. However, if we had thought more beforehand and had those agencies positioned to work in the areas of mathematical modeling, looking at the international experiences of the southern hemisphere and interpolating those models to the Canadian scenario, we could have been a bit smarter, more clever and more informed than we were. We pulled the information together well over the summer and into the fall, but, if we started discussions now, hopefully we will still remember it when the next pandemic comes around. That is, how we can have agreements to utilize the capacity of mathematical models, epidemiologists and influenza specialists and how, when we need to launch specific inquiries into issues of epidemiology, of cause and effect or of the impact of a pandemic on particular subgroups, we would have the capacity to use those resources faster and in a more coordinated fashion. It is not that we did not use them, but, with what we know now, we can have agencies prepositioned so that we can launch these studies in a faster fashion.

We also need a way to have unexpected information and even information that we do not want to hear distributed to a broader public for peer review and acceptance. I refer particularly to the studies from B.C., Ontario and Quebec that suggest that if people received the seasonal influenza previously, they are perhaps more at risk of developing H1N1 infection, even though that infection was more severe. We learned that over the summer. Peer reviews were completed, but, had we been able to have a rapid peer-review academic acceptance process, that information would have been available perhaps with more acceptance. We could have challenged it more. As it was, decision makers — members of SAC, physicians, et cetera — were able to hear about the presentations from the scientists in those few provinces who had completed the work, but there was no real public accessibility of the data until January or February. If we can work up a fast-track way of generating the information, thoroughly peer reviewed, critiqued and re-evaluated, I think it would help us in the future. We never thought of creating that process before. Frankly, it was surprising information that we were not expecting. It resulted in changes in the seasonal vaccine program; in my province, it changed how we did things, as it did in other provinces.

That is an example of bringing our intelligence, our intellectual and analytical capacity, to bear a little faster and more smoothly than we experienced during the six months that it was taking place. We were fortunate that we had the summer as a rescue period between the first and second wave. That period gave us a

publique du Québec; l'Ontario a son Centre de contrôle des maladies et d'autres provinces ont une capacité intellectuelle et analytique. Ces agences ont commencé dans le courant de l'été à mettre en commun leurs renseignements et leurs ressources. Cependant, si nous avions réfléchi davantage au préalable et si ces agences avaient été en mesure de travailler dans les domaines de la modélisation mathématique, en se fondant sur les expériences internationales dans l'hémisphère sud et en extrapolant ces modèles dans le scénario canadien, nous aurions pu être un peu plus intelligents, plus malins et mieux informés que nous ne l'avons été. Nous avons bien rassemblé l'information pendant l'été et l'automne, mais si nous commençons les discussions maintenant, on peut espérer que nous nous en souviendrons encore lorsque la prochaine pandémie frappera. Je veux dire par là qu'il s'agit de voir quels accords nous pouvons conclure pour utiliser la capacité des modèles mathématiques, des épidémiologistes et des spécialistes de l'influenza et comment, lorsque nous avons besoin de lancer des enquêtes spécifiques sur des questions d'épidémiologie, sur les causes ou les effets ou l'impact d'une pandémie sur des sous-groupes particuliers, nous aurons la capacité de mobiliser ces ressources plus rapidement et de manière plus coordonnée. Ce n'est pas que nous ne les ayons pas utilisées, mais vu ce que nous savons aujourd'hui, nous pourrions prépositionner les agences de façon à pouvoir lancer ces études plus rapidement.

Il nous faut également un moyen de disséminer plus rapidement des renseignements inattendus ou même des renseignements que nous ne voulons pas entendre pour les faire examiner et accepter par les pairs. Je songe en particulier aux études faites en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec qui donnent à penser que les personnes vaccinées antérieurement pour la grippe saisonnière sont peut-être plus susceptibles de contracter une infection au H1N1, cette infection étant encore plus grave. Nous avons appris cela dans le courant de l'été. Des évaluations par les pairs ont été faites mais si nous avions eu un mécanisme d'avalisation par les pairs rapide, cette information aurait été reçue peut-être avec une meilleure acceptation. Nous aurions pu l'éprouver davantage. En l'état des choses, les décideurs — les membres du CCS, les médecins, et cetera — ont eu connaissance des rapports des scientifiques des rares provinces qui avaient achevé le travail, mais il n'y avait pas réellement d'accès public à ces données avant janvier ou février. Si nous pouvions établir un mécanisme rapide de génération de l'information, avec un examen, une critique et une réévaluation rigoureux par les pairs, je pense que cela nous aiderait à l'avenir. Nous n'avions jamais songé à mettre en place un tel mécanisme auparavant. Franchement, c'était là des renseignements surprenants que nous n'attendions pas. Il en a résulté des changements dans le programme de vaccination contre la grippe saisonnière; dans ma province, cela a changé la façon dont nous faisons les choses, et c'est le cas aussi d'autres provinces.

C'est un exemple où nous pouvons mettre en œuvre un peu plus rapidement et plus facilement que nous ne l'avons fait au cours des six mois de la crise notre intelligence et notre capacité intellectuelle et analytique. Nous avons eu la chance d'avoir eu l'été comme période de répit entre la première et la deuxième

chance to update our information, learning from the southern hemisphere and applying some of those lessons to the public health lessons we learned.

Linkages with the acute-care system need to be worked on. The acute-care system is what you might call, a loosely coupled system. Physicians are individual specialists, and hospitals often work on their own. Collecting information from the intensive care units, bringing that information together and being able to analyze the information poses challenges in a loosely coupled system. We had that information finally, but it took until September to bring the experts together to look at the lessons learned from the Manitoba intensive care unit experience that happened in May or June. Next time around, we need to be able to link in faster and have more accurate information. I suggest we look at those three areas.

The Chair: Thank you very much. Do either of our other two panellists want to pick up on that point?

Mr. Montgomerie: I want to support Dr. Kendall's point on the existing resources we have; to know we can pre-position them and access them quicker, particularly the three provinces he mentioned.

The governance structure came about as a result of that smaller group of deputies recognizing there was not a fully encompassed governance structure. I believe it was in July that we were able to solidify that structure finally.

Finally, the comments Dr. Kendall makes on the acute system are absolutely accurate. The public health system has a history of collaboration because of the nature of what they do. The acute care systems do not. For example, Manitoba needed respirators and so on. There was not a clear-cut communication system that Manitoba could refer to outside its own borders. You heard Ontario talk about having its own internal process.

That is one area we are committed to, working with our federal colleagues to bring about better communication.

Senator Seidman: Dr. Kendall, you referred to a need to enhance surveillance systems. Ms. Yeates, you also talked about improving surveillance systems. Can you tell us a bit about the kind of surveillance systems we had, whether we had any real-time surveillance in reporting and whether we had adverse-event reporting? Can you also address standardization of data across provinces, data sharing, and perhaps whatever changes you might recommend for improving surveillance?

Dr. Kendall: Lack of real-time surveillance, data collection and linkage was identified post-SARS. In fact, the federal government has invested considerable funds through Infoway in building a public health communicable disease network and an electronic health record collection system, both of which will collect data on a real-time basis, help us manage outbreaks, use vaccine inventory, et cetera. That is the Panorama system. Most provinces are buying into that system and will implement it. We have started off one of

vague. Cela nous a permis d'actualiser notre information, de tirer les leçons de ce qui se passait dans l'hémisphère sud et d'appliquer certaines de ces leçons aux leçons que nous avons nous-mêmes apprises dans le domaine de la santé publique.

Il faut travailler sur les liaisons avec le système des soins actifs. Ce dernier est ce que l'on pourrait appeler un système faiblement intégré. Les médecins sont des spécialistes individuels et les hôpitaux travaillent souvent chacun de leur côté. Il est difficile dans un système faiblement intégré de collecter l'information auprès des unités de soins intensifs, de la rassembler et de l'analyser. Nous avons fini par obtenir cette information, mais il a fallu attendre jusqu'en septembre pour pouvoir rassembler les experts pour examiner les leçons de ce qui s'est passé en mai ou juin à l'unité des soins intensifs du Manitoba. La prochaine fois, nous devons pouvoir nous connecter plus vite et avoir une information plus précise. Je préconise de nous pencher sur ces trois aspects.

Le président : Merci beaucoup. Est-ce que l'un ou l'autre des deux autres témoins souhaiterait intervenir sur ce point?

M. Montgomerie : Je souscris au propos du Dr Kendall sur les ressources existantes; nous pourrions les prépositionner afin d'y accéder plus rapidement, particulièrement celles des trois provinces qu'il a mentionnées.

La structure de gouvernance résulte du fait qu'un groupe restreint de sous-ministres se sont rendu compte qu'il n'existe pas de structure de gouvernance robuste. Je crois que c'est en juillet que nous avons finalement pu solidifier cette structure.

Enfin, ce que dit le Dr Kendall sur le système des soins actifs est tout à fait vrai. Le système de santé publique a une tradition de collaboration en raison de la nature de notre mission. Ce n'est pas le cas des systèmes de soins actifs. Par exemple, le Manitoba avait besoin d'appareils respiratoires et ainsi de suite. Il n'y avait pas de système de communication évident auquel le Manitoba pouvait s'adresser en dehors de ses frontières. L'on vous a dit que l'Ontario avait son propre mécanisme interne.

C'est un domaine dans lequel nous sommes résolu, en collaboration avec nos collègues fédéraux, à réaliser une meilleure communication.

Le sénateur Seidman : Docteur Kendall, vous avez parlé de la nécessité de renforcer les systèmes de surveillance. Madame Yeates, vous avez également parlé d'améliorer les systèmes de surveillance. Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur les systèmes de surveillance que nous avons, si nous avons une surveillance en temps réel et la déclaration obligatoire des réactions indésirables? Pourriez-vous également parler de la normalisation des données entre provinces, du partage des données, et peut-être des changements que vous recommanderiez pour améliorer la surveillance?

Dr Kendall : L'absence de surveillance en temps réel, de collecte de données et de mise en relation a été constatée après le SRAS. De fait, le gouvernement fédéral a investi des sommes considérables, par l'intermédiaire d'Inforoute, dans l'édification d'un Réseau de santé publique sur les maladies contagieuses et un système électronique de collecte de données sanitaires, qui vont tous deux nous aider à rassembler les données en temps réel, à gérer les épidémies et les stocks de vaccins, et cetera. C'est le

the modules at the B.C. Centre for Disease Control, and that is inventory management. Immunization collection is scheduled to start rolling out in 2011. This system is complex, but it is under way. There has been considerable investment in that system, probably in the order of \$100 million-plus.

In British Columbia, we developed a system whereby we can look at doctor billings for influenza-like illness, and that system tracks closely historically with the influenza seasons. We were able to use that system to track doctor visits for influenza-like illness. Once we coupled that system with laboratory testing, we were able to track on a daily basis the previous 24-hour billings. That information basically gave us our epidemic curve. We could tell when people would become ill. The lab collection could tell us what they would become ill with. We knew that at the peak of the epidemic, half the doctor visits for influenza-like illnesses were due to H1N1 and the other half were due to a mixture of other viruses. We built our epidemic curves and our responses based on that information.

We also have five regional health authorities. They reported on a daily basis as to what their emergency room situation was, what their intensive-care-unit situation was and what their ventilator capacity was. That information was coordinated into our operations room, if you like. Then we were able to share that information with our colleagues at the Public Health Agency, who could roll it into their FluWatch program.

Most provinces could provide some of that information. I am not sure that the doctor billing capacity is something that all provinces have.

Also, through our automated care program in the fall, we were able to monitor closely who was receiving antiviral treatments, what age groups were receiving them and the parts of the province where treatments were going. We could map that information to the billings so we had a good sense of whether we were meeting the need for treatment and whether that information matched what physicians were seeing in their offices. We also used that information as a way to switch on telephone triage. We put in special fees for physicians' offices because we did not want sick people to go to their physicians only for advice. We brought in a telephone fee. Once we reached a certain level of influenza activity, we switched on that fee. When the pandemic peak was over and the pandemic was subsiding, we were able to turn off the fee because we were returning to normal business.

Ms. Yeates: I support Dr. Kendall's comment that there were lots of pieces of good information in certain jurisdictions. With regard to your question about consistency, it was often a matter

systeme Panorama. La plupart des provinces acceptent le système et vont l'appliquer. Nous avons mis en place l'un de ces modules au Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique pour la gestion des stocks. La collecte des données de vaccination doit commencer en 2011. Ce système est complexe, mais il est en cours de construction. Il a fait l'objet d'un investissement considérable, probablement supérieur à 100 millions de dollars.

En Colombie-Britannique, nous avons mis au point un système qui nous permet de suivre les facturations des médecins pour des maladies de type influenza, en les comparant aux tendances historiques des saisons grippales. Nous avons pu utiliser ce système pour suivre les consultations médicales pour des maladies de type influenza. Une fois que nous avons couplé ce système avec les tests de laboratoire, nous avons pu tracer sur une base quotidienne les facturations des 24 heures précédentes. Cette information nous donnait essentiellement notre courbe épidémique. Nous pouvions déterminer quand les gens tombaient malades. Les données de laboratoire nous indiquaient la nature de leur maladie. Nous savions qu'à l'apogée de l'épidémie, la moitié des consultations de médecins pour des maladies de type influenza étaient dues au H1N1 et l'autre moitié à un mélange d'autres virus. Nous avons construit nos courbes épidémiques et déterminé nos réponses sur la base de cette information.

Nous avons également cinq administrations sanitaires régionales. Elles nous faisaient rapport quotidiennement sur la situation dans leurs salles d'urgence et leurs unités de soins intensifs ainsi que leur capacité d'appareils respiratoires. Cette information était coordonnée dans nos centres de commandement, en quelque sorte. Nous avons ensuite pu communiquer cette information à nos collègues de l'Agence de santé publique, qui pouvait l'intégrer à son programme de surveillance de l'influenza.

La plupart des provinces peuvent fournir une partie de cette information. Je ne suis pas sûr que la capacité de suivi de la facturation médicale existe dans toutes les provinces.

En outre, par l'intermédiaire de notre programme de soins automatisé d'automne, nous avons pu suivre de près qui recevait des traitements antiviraux, à quel groupe d'âge appartenaient les patients et dans quelles régions de la province ces traitements étaient dispensés. Nous pouvions cartographier cette information et la corrélérer aux facturations, ce qui nous permettait de savoir assez bien si nous répondions aux besoins thérapeutiques et si cette information correspondait à ce que les médecins voyaient dans leur cabinet. Nous avons également utilisé cette information comme outil pour actionner le triage téléphonique. Nous avons introduit des tarifs spéciaux pour les cabinets de médecins parce que nous ne voulions pas que les gens malades aillent voir leur médecin uniquement pour des conseils. Nous avons introduit des honoraires de consultation téléphonique. Une fois que nous avons atteint un certain niveau d'activité grippale, nous avons actionné ces honoraires. Une fois que nous avons dépassé l'apogée de la pandémie et que celle-ci refluit, nous avons pu annuler ces honoraires parce que nous revenions à la situation normale.

Mme Yeates : Je conviens avec le Dr Kendall qu'il y avait beaucoup de bons renseignements dans certaines provinces. En ce qui concerne votre question sur l'uniformité, c'était souvent un

of pooling. What B.C. had was different, say, than what Quebec had. Both provinces may have had good surveillance taking place, but again, that information was pooled to supplement what the Public Health Agency had right then as an ongoing surveillance mechanism. I think all of us think that a more robust and systematic way of collecting this data would be useful.

I will speak to some of the issues we ran into when we reached the immunization phase, for example. A reasonable question for Canadians to ask, and the question the media asked was, how many people are immunized as of this day? We could answer that we knew what vaccine had been produced and shipped, recognizing that there were several steps between shipping the vaccine and a province receiving it and delivering it into arms. Eventually we received the information to answer that question, which seems basic, as to how many people were immunized as of this day but not in a real-time situation. When we are targeting who we are reaching and who we are missing, those kinds of real-time immunization records that are being planned will be important.

I will speak to the First Nations responsibilities we had. We were tracking influenza-like illness on a daily basis. I received daily reports. Sometimes we were able to track that information through our Medevacs, for example, from remote and rural First Nations communities. Again, that tracking was labour-intensive. It was manual in many cases. It was not the kind of information surveillance that we would want. We made it work. We had good information to make decisions, although often putting the information together in ways that I think we would all agree would not be the optimal way to collect it on a go-forward basis, which is the reason for some of the investments that have been spoken about.

Senator Seidman: Do you have recommendations of changes that might be made?

Ms. Yeates: Strengthening information and data is obviously a key commitment and a key need. I do not have a specific sense of the Panorama system's precise needs at this point, but perhaps the Public Health Agency has oversight there, and it might be something to ask them when they are back. I think we would all support as much consistency of reporting and as much real-time reporting as we can have in the country.

Senator Seidman: Were adverse events monitored?

Ms. Yeates: Yes; there were two ways that occurred. The prime one in terms of vaccines was the Public Health Agency, which has an adverse-event reporting that was closely monitored and then the information was fed back. We also, as the regulator in Health

problème de mise en commun. Les données qu'avait la Colombie-Britannique étaient différentes, disons, de celles dont disposait le Québec. Les deux provinces pouvaient avoir de bons systèmes de surveillance, mais encore une fois cette information devait être mise en commun pour compléter le mécanisme de surveillance permanent de l'Agence de santé publique. Je crois que nous tous sommes convaincus qu'un moyen plus robuste et plus systématique de collecter ces données serait utile.

Je vais parler de certains des problèmes que nous avons rencontrés lorsque nous avons atteint la phase de vaccination, par exemple. Une question raisonnable que pouvaient se poser les Canadiens, et la question que posaient les médias, était de savoir combien de personnes avaient été vaccinées jusqu'à ce jour. Nous pouvions répondre que nous savions combien de vaccins avaient été produits et expédiés, sachant qu'il y a plusieurs étapes à franchir entre l'expédition du vaccin et sa réception par une province et son administration aux patients. Nous avons fini par recevoir l'information qui permettait de répondre à cette question, qui semble élémentaire, à savoir combien de personnes avaient été vaccinées jusqu'à ce jour, mais nous ne l'avions pas en temps réel. Ces dossiers de vaccination en temps réel en cours de planification seront importants pour notre ciblage, lorsque nous déterminons quels groupes nous joignons et quels groupes nous manquons.

Je vais traiter de nos responsabilités à l'égard des Premières nations. Nous suivions les maladies de type influenza sur une base quotidienne. Je recevais des rapports quotidiens. Parfois nous pouvions suivre cette information par le biais de nos évacuations sanitaires, par exemple, dans les collectivités autochtones isolées et rurales. Là encore, ce suivi était laborieux. Le travail se faisait manuellement dans bien des cas. Ce n'était pas le genre de données de surveillance que nous souhaitions. Nous avons fait en sorte que cela marche. Nous avions de bons renseignements pour prendre les décisions, même s'ils n'étaient pas toujours rassemblés d'une manière optimale et comme nous souhaiterions les avoir pour l'avenir, ce qui est la raison de certains des investissements évoqués.

Le sénateur Seidman : Avez-vous d'éventuels changements à recommander?

Mme Yeates : Le renforcement de l'information et des données est évidemment un engagement primordial. Je ne connais pas précisément les besoins du système Panorama à ce stade, mais c'est l'Agence de la santé publique qui en a la responsabilité et vous pourriez lui demander lorsqu'elle reviendra. Je pense que nous sommes tous en faveur de la plus grande uniformité possible et d'autant d'information en temps réel que nous pouvons en avoir dans ce pays.

Le sénateur Seidman : Est-ce que les réactions nocives ont été suivies?

Mme Yeates : Oui, cela a été fait de deux manières. La principale, pour ce qui est des vaccins, a été le fait de l'Agence de la santé publique, qui reçoit les déclarations de réactions nocives, lesquelles ont été suivies de très près, et les répercute.

Canada, looked for adverse reports, for example, to antivirals, those kinds of things. There are mechanisms for reporting adverse events. Those were in all cases shared through the network.

The Chair: Let me ask if either Dr. Kendall or Mr. Montgomerie want to add to that question from Senator Seidman.

Dr. Kendall: I would not add anything to that.

Mr. Montgomerie: From a deputy minister's perspective that in 2010 we do not have a national electronic surveillance system, we need it. We need to work together with our federal colleagues and with ourselves to try to make that system happen. I am a layperson, but if that kind of communication system had not been in place it would have made quite a difference.

Dr. Kendall: We can track antiviral usage in British Columbia because there is an electronic record system, so I knew on a daily basis how many doses of antiviral had been prescribed and given to people. I did not have a clue as to the vaccine. We knew the doses that had been distributed to health authorities, we knew the doses that had been distributed to physicians, but it was not until we conducted a household survey in April of 8,000 homes and questioned 15,000 people that I was able to say that we thought we probably immunized 40 per cent of B.C. It was not until April, May or June that I received the data that we immunized only 41 per cent of the people. However, when we break it down to target groups, we reached about 75 per cent of pregnant women, 66 per cent of health care workers and 68 per cent of people with underlying chronic conditions. In fact, the targeting worked well, but I was flying by the seat of my pants until that point in time. We had only guesstimates.

Senator Ogilvie: My question is for Ms. Yeates, and I will switch from vaccines to the antivirals for a moment.

To reconfirm, it is under your ministry that we have the responsibility for the approval of drugs for use in Canada, correct?

Ms. Yeates: Yes, it is.

Senator Ogilvie: My question is one of process. Once a drug is approved, in this case, Tamiflu — it was approved for use in Canada but it is produced offshore — the drug is then imported into the country. Does Health Canada conduct regular random testing of drug samples that enter the country?

Ms. Yeates: I do not know the answer specifically with regard to Tamiflu. I will say that, in general, once a drug receives a notice of compliance we do not conduct random testing of pharmaceuticals. We test general manufacturing practices or we test certification of plants, for example, that produce. If the drug is produced elsewhere, we rely on, if the drug is produced by an American company, that country's standard. In the case of the U.S., that standard would be a U.S. Food and Drug Administration standard, for example.

Nous-mêmes, en tant qu'autorité de réglementation au sein de Santé Canada, étions à l'affût de déclarations de réactions nocives, par exemple aux antiviraux, ce genre de choses. Il existe des mécanismes de déclarations des réactions nocives. Dans tous les cas, cette information était disséminée à travers le réseau.

Le président : Permettez-moi de demander si le Dr Kendall ou M. Montgomerie souhaite donner un complément de réponse à la question du sénateur Seidman.

Dr Kendall : Je n'ai rien à ajouter.

M. Montgomerie : Selon l'optique d'un sous-ministre, dans la mesure où en 2010 nous n'avons pas de système national de surveillance électronique, il nous en faut un. Nous devons collaborer avec nos collègues fédéraux et entre nous pour en établir un. Je suis un profane, mais si ce genre de système de communication avait été en place, cela aurait fait toute une différence.

Dr Kendall : Nous pouvons suivre l'utilisation des antiviraux en Colombie-Britannique parce qu'il y existe un système de dossiers médicaux électroniques, et donc je sais au quotidien combien de doses d'antiviraux ont été prescrites et administrées. Je n'en avais pas la moindre idée dans le cas du vaccin. Nous connaissions le nombre de doses distribuées aux autorités sanitaires, nous connaissions le nombre de doses distribuées aux médecins, mais ce n'est que lorsque nous avons effectué un sondage auprès de 8 000 ménages en avril et interrogé 15 000 personnes que j'ai pu dire que nous avions probablement vacciné 40 p. 100 de la Colombie-Britannique. Ce n'est qu'en avril, mai ou juin que j'ai reçu les chiffres indiquant que nous n'avions vacciné que 41 p. 100 de la population. Cependant, lorsqu'on ventile par groupes cibles, nous avons joint environ 75 p. 100 des femmes enceintes, 66 p. 100 des travailleurs de la santé et 68 p. 100 des personnes souffrant d'une maladie chronique sous-jacente. De fait, le ciblage a bien fonctionné, mais j'étais dans le flou total avant d'avoir ces chiffres. Nous n'avions que des conjectures.

Le sénateur Ogilvie : Ma question s'adresse à Mme Yeates et je vais passer des vaccins aux antiviraux pendant un moment.

Pouvez-vous me confirmer que votre ministère est responsable de l'homologation des médicaments au Canada?

Mme Yeates : Oui.

Le sénateur Ogilvie : Ma question porte sur le processus. Une fois qu'un médicament est homologué, en l'occurrence le Tamiflu — il a été agréé pour usage au Canada mais il est fabriqué à l'étranger — il est importé dans notre pays. Est-ce que Santé Canada effectue régulièrement des tests sur des échantillons prélevés au hasard du médicament importé?

Mme Yeates : Je ne connais pas la réponse dans le cas spécifique du Tamiflu. Je peux dire que, en général, une fois qu'un médicament reçoit un avis de conformité, nous n'effectuons pas de tests aléatoires sur les produits pharmaceutiques. Nous testons les procédés généraux de fabrication ou bien nous vérifions la certification des usines qui les produisent, par exemple. Si le médicament est fabriqué à l'étranger, si le médicament est produit par une société américaine, nous nous fions à la norme de ce pays. Dans le cas des États-Unis, cette norme sera une norme de la U.S. Food and Drug Administration, par exemple.

Senator Ogilvie: I was afraid that would be the answer. If the drug were produced in North America, I would not ask you the question. However, the answer to a question I put to Jim Hall on behalf of Roche Canada gave me real concern. I asked him where the drug was manufactured and he refused to answer on the basis that it was commercially sensitive information.

I have some passing acquaintance with the pharmaceutical industry, and that answer came as a real surprise to me. Subsequently, I checked, and I find that the company has a number of production facilities in rather interesting countries around the world. That information gave rise in my mind to a real concern about the degree of scrutiny we have on the composition of drugs, once they are approved in this country. In regard to your answer, indeed, in North America I think we would be fairly confident that the drug has met good manufacturing practices because we have the ability to follow up in a number of ways. However, in the roughly dozen locations that I looked at, I doubt we have even seen some of those countries, let alone the production facility.

I will stop there, but I will pursue this issue through other avenues. Thank you for your answer.

The Chair: Do you have anything to add?

Ms. Yeates: No, but I will be happy to obtain for the committee the general practice — I do not have all the details here — of how we work with drugs that are produced elsewhere, for example, to give that kind of assurance and quality. I will be happy to obtain more of that information for you.

I have been passed a note that says drugs such as Tamiflu that are imported into Canada are subject to identity testing, meaning that there is testing to confirm that they are the correct product, and that the Canadian agent is responsible for this testing. We will be happy to send you more information on the precise nature of that process.

Senator Ogilvie: Mr. Chair, that is a question I asked: Do we in fact analyze the composition of the drug that enters the country on the basis of its purity and its composition? If the answer is yes we do, on a regular and random-testing basis, then I have the answer that I was looking for, but that was not the initial response I received.

Ms. Yeates: Your comment about whether we have random testing, I do not believe that to be the case. I will undertake to make sure you and the rest of the committee have a clear sense about what kind of testing we conduct, how frequently and whether the testing is random or systematic.

Senator Ogilvie: Thank you.

Senator Martin: Dr. Kendall, as a British Columbian, I want to thank you for the leadership role you had taken with the pandemic plan, the rollout and the experience that we successfully completed as a country. Your leadership role and others had that impact, so thank you on behalf of British Columbians.

Le sénateur Ogilvie : Je craignais qu'il en soit ainsi. Si le médicament était produit en Amérique du Nord, je ne vous poserais pas la question. Cependant, la réponse à une question que j'ai posée à Jim Hall, de Roche Canada, m'a réellement inquiété. Je lui ai demandé où le médicament était fabriqué et il a refusé de répondre en disant que c'était un renseignement commercialement sensible.

Je connais un peu l'industrie pharmaceutique et cette réponse m'a réellement surpris. Je me suis ultérieurement renseigné et ai découvert que la société a un certain nombre d'usines de fabrication dans des pays plutôt intéressants. Ce renseignement m'a amené à réellement m'inquiéter du contrôle que nous exerçons sur la composition des médicaments une fois qu'ils sont homologués dans notre pays. En rapport avec votre réponse, effectivement, si le médicament était fabriqué en Amérique du Nord nous pourrions être raisonnablement assurés de la qualité des procédés de fabrication car nous avons divers moyens de vérifier. Cependant, dans la quelque douzaine de pays que j'ai relevés, je doute que nous y ayons jamais mis les pieds, sans même parler des usines de fabrication.

Je vais m'en tenir là, mais je vais approfondir cette question par d'autres canaux. Merci de votre réponse.

Le président : Avez-vous quelque chose à ajouter?

Mme Yeates : Non, mais je serai ravie de communiquer au comité la pratique générale — et je n'ai pas tous les détails ici — suivie à l'égard des médicaments produits à l'étranger, par exemple, pour obtenir ce genre d'assurance de la qualité. Je me ferai un plaisir de rassembler de plus amples renseignements pour vous.

On vient de me passer une note disant que des médicaments comme le Tamiflu qui sont importés au Canada sont sujets à des épreuves d'identité, c'est-à-dire que des essais sont effectués pour confirmer qu'il s'agit bien du bon produit, et c'est l'agence canadienne qui est responsable de ces tests. Nous serons ravis de vous envoyer de plus amples renseignements sur la nature précise de ce processus.

Le sénateur Ogilvie : Monsieur le président, c'est la question que j'ai posée : Est-ce que nous analysons effectivement la composition du médicament importé dans le pays, pour en vérifier la pureté et la composition? Si la réponse est oui, au moyen d'épreuves régulières et aléatoires, alors j'ai la réponse que je recherchais, mais ce n'était pas la réponse initiale qui m'a été donnée.

Mme Yeates : Je ne pense pas que les épreuves portent sur des échantillons prélevés au hasard. Je m'engage à vous communiquer, à vous et aux autres membres du comité, les renseignements indiquant quelle sorte d'essais nous effectuons, avec quelle fréquence, et si les tests portent sur des échantillons aléatoires ou s'ils sont systématiques.

Le sénateur Ogilvie : Merci.

Le sénateur Martin : Docteur Kendall, moi qui suis britanno-colombienne, je veux vous remercier du rôle de premier plan que vous avez joué dans l'élaboration du plan de lutte contre la pandémie, et sa bonne exécution à travers le pays. Ce succès est dû à votre initiative et à celle de beaucoup d'autres, et je vous en remercie au nom des Britanno-Colombiens.

I am curious about the summary report you gave to us, Dr. Kendall, and I have a question for Ms. Yeates as well, whether every province and territory has prepared such a summary that has been collected and examined. I can imagine the volume of information that needs to be collected, in that we are barely scratching the surface to understanding the complexity of what you undertook, and what needs to happen to prepare for the next pandemic outbreak.

This report is a good summary report. We have had other presenters, but we have not necessarily had a report from each province. Are there other reports like these? If so, is Health Canada the one to receive them? Is there another body that is collecting, analyzing and collating the reports, et cetera? I ask that because I can imagine the process of undertaking even the collection of this valuable information.

Ms. Yeates: When we met as an FPT group, we understood that every jurisdiction was preparing their own reports. As Dr. Kendall has indicated, as they are completed they are being shared.

We also felt that we needed to supplement the between-the-cracks issues, the coordination and the compilation. That is what we are undertaking to do. I cannot speak for each of the jurisdictions in terms of their plans for the report, but my understanding is that the vast majority of them, if not all, will be made public and we can then take a look at them.

Mr. Montgomerie might be able to speak more to the FPT perspective.

Mr. Montgomerie: Each province is, by the nature of legislation and requirements, and some like B.C. and Ontario have already presented theirs and shared them with our federal colleagues. In Nova Scotia, we are close to Dr. Strang releasing his report to Nova Scotians, but underneath that is a 35-page, in-the-weeds, detailed lessons learned report that we will share with the health system in Nova Scotia, as well as with our federal colleagues.

The more important thing from a provincial perspective is whether we have highlighted the key areas. Through our discussions with our federal colleagues at our own level, and together as provincial colleagues, are we hitting on the key areas so that we can go forward together? Dr. Kendall has raised several key areas today; governance, electronic health records, vaccine contracts and other constants that keep coming out.

By Christmas, almost every provincial and territorial jurisdiction will have done their thing. We will check again at the FPT table to see if we missed anything.

Senator Martin: This committee has been hearing recurring themes from our witnesses. You said that your wife commented that three spokespersons spoke on basically the same talking points.

This question is for all of you. Do you have a request of the committee? This study is being undertaken to improve on this important national plan, to improve on what has already been

Je m'interroge sur le rapport sommaire que vous nous avez remis, docteur Kendall, et j'ai également une question pour Mme Yeates, soit celle de savoir si chaque province et territoire a rédigé un tel rapport sommaire et si tous ces rapports ont été rassemblés et examinés. J'imagine le volume d'informations qu'il faut réunir, en ce sens que nous effleurons à peine la complexité du travail que vous avez abattu, et de celui qu'il faut entreprendre pour se préparer à la prochaine pandémie.

Ce rapport est un bon récapitulatif. Nous avons reçu d'autres témoins, mais nous n'avons pas nécessairement vu un rapport de chaque province. Existe-t-il d'autres rapports comme celui-ci? Si oui, est-ce Santé Canada qui les reçoit? Est-ce un autre organisme qui recueille, analyse et rassemble les rapports, et ainsi de suite? Je pose la question car je puis imaginer l'intérêt de rassembler ces renseignements précieux.

Mme Yeates : Lorsque nous nous réunissions comme groupe FPT, il était admis que chaque administration rédigerait ses propres rapports. Comme le Dr Kendall l'a indiqué, ils sont partagés au fur et à mesure qu'ils sont achevés.

Nous avons aussi estimé qu'il nous fallait éviter les lacunes au niveau de la coordination et de la compilation. C'est ce que nous avons entrepris de faire. Je ne puis vous dire quels sont les plans de chacune des juridictions pour ce qui est de leur rapport, mais je crois savoir que la vaste majorité de ces rapports, voire tous, seront rendus publics et que nous pourrons les examiner.

M. Montgomerie pourra peut-être en dire plus selon la perspective FPT.

M. Montgomerie : Chaque province rédige un rapport, selon sa législation et ses besoins, et certaines, comme la Colombie-Britannique et l'Ontario, ont déjà présenté le leur et l'ont communiqué à nos collègues fédéraux. En Nouvelle-Écosse, le Dr Strang est sur le point de publier son rapport à l'intention des Néo-Écossais, mais il est sous-tendu par un rapport détaillé de 35 pages sur les leçons apprises que nous allons communiquer aux responsables du système de santé de la Nouvelle-Écosse ainsi qu'à nos collègues fédéraux.

Ce qui compte le plus, selon l'optique provinciale, est de savoir si nous avons mis en lumière les aspects primordiaux. Est-ce que, suite à nos discussions avec nos collègues fédéraux et provinciaux, nous avons mis le doigt sur les aspects primordiaux, de façon à pouvoir tous avancer ensemble? Le Dr Kendall a mis le point sur plusieurs aspects clés aujourd'hui : la gouvernance, les dossiers médicaux électroniques, les contrats pour les vaccins et d'autres aspects revenant constamment.

D'ici Noël, presque toutes les provinces et tous les territoires auront fait leur travail. Nous vérifierons de nouveau à la table FPT pour voir si nous avons omis quelque chose.

Le sénateur Martin : Les témoins ayant comparu devant le comité ont abordé des thèmes récurrents. Vous dites que votre femme a trouvé remarquable que trois porte-parole aient traité à peu près des mêmes points.

Cette question s'adresse à vous tous. Avez-vous une requête à présenter au comité? Nous avons entrepris cette étude pour améliorer cet important plan national, améliorer ce qui existe

done. In terms of our collection of information, are there things we should ask for? I know that you are attending only today's session, but from following the study to date, have you any suggestions for us on how we can focus and play a national role?

Dr. Kendall: That is a tough question.

I am not aware of any areas that you are leaving out. The witnesses that are coming before you have a shared experience. We have completed our "hot washes" as we call them at the Public Health Network and the Special Advisory Committee, and many of the issues that I brought forward surfaced during those hot washes as well. Individually within provinces and territories we had somewhat different experiences, and that is where we have our own learnings to implement. I think that you will report openly and honestly on what you hear, and that will be doing us a service.

Ms. Yeates: I echo that view. As I looked through the series of panels, witnesses and topics, it struck me that a comprehensive study was being conducted, and we all look forward to the findings, because you are in a unique position to feed back those findings to us. I thought the coverage of your topics was thorough.

Mr. Montgomerie: I think that any time an external body such as yours that is not directly involved in such an event as this pandemic has the resources and time to bring together a myriad of people, it is exceptional. To Dr. Kendall's point, we look forward to your report. It will help us to ensure that we have not missed anything.

Senator Martin: I am curious about the global reality. We are looking at what happened in Canada and at our Canadian plan. However, as we know, what happens globally has a domino effect and can affect us, especially when we are talking about viruses.

We heard from Mexico, and we know there is an international network of laboratories and information sharing, but are global concerns an area that someone will look at to see how those concerns will affect Canada? We can have a great plan, but there will be impacts from what happens outside of our jurisdiction.

Ms. Yeates: Absolutely, and it is the reason that we have been supportive of the work of the World Health Organization. They are working on the same kind of lessons learned internationally, but we want to be part of their going-forward planning. A number of people asked, having planned for a severe epidemic, how does the WHO need to alter its signals. We all based our planning on their signals, and to the extent that their signals were based almost exclusively on spread, as opposed to strength or severity, of the pandemic, we realize that refinement is needed, and we have put forward that proposal to the WHO, as have many countries. Our connection to the WHO is important.

déjà. Du point de vue de l'information que nous rassemblons, devrions-nous demander certaines choses? Je sais que vous ne participez qu'à la séance d'aujourd'hui, mais ayant suivi nos travaux jusqu'à présent, pouvez-vous suggérer une manière pour nous de focaliser et de jouer un rôle national?

Dr Kendall : C'est une question difficile.

Je ne vois pas de domaine que vous auriez négligé. Les témoins qui comparaissent ici ont une expérience commune. Nous avons terminé nos « lavages à chaud » comme nous les appelons au Réseau de la santé publique et au Comité consultatif spécial, et nombre des enjeux que j'ai soulevés ont également fait surface en ces occasions. Nous avons vécu des expériences quelque peu différentes au sein des provinces et territoires, et c'est pourquoi nous devons chacun tirer nos propres leçons. Je pense que vous ferez un rapport objectif et franc sur ce que vous aurez entendu, et cela nous rendra service.

Mme Yeates : Je me fais l'écho de ce propos. En parcourant la liste des panels, des témoins et des sujets, il m'est apparu que vous menez là une étude exhaustive, et nous sommes tous impatients de connaître vos conclusions, car vous êtes particulièrement bien placés pour nous répercuter ces constats. J'ai trouvé très complète la liste de vos sujets.

M. Montgomerie : Je pense que chaque fois qu'un organe externe comme le vôtre, qui n'est pas directement impliqué dans un événement comme cette pandémie, dispose des ressources et du temps voulus pour rassembler une myriade de personnes, c'est une chance exceptionnelle. Comme le Dr Kendall, je suis impatient de lire votre rapport. Il nous aidera à garantir que nous n'avons rien oublié.

Le sénateur Martin : Je m'interroge quant à la réalité mondiale. Nous examinons ce qui s'est passé au Canada et notre plan canadien. Cependant, nous le savons bien, ce qui se passe à l'étranger entraîne des effets en cascade et peut se répercuter sur nous, surtout lorsqu'il s'agit de virus.

Nous avons parlé à des Mexicains et nous savons qu'il existe un réseau international de laboratoires et de partage de l'information, mais est-ce que quelqu'un est chargé de suivre ce qui se passe dans le monde pour voir dans quelle mesure le Canada pourrait s'en ressentir? Nous aurons beau avoir un excellent plan, mais ce qui se passe en dehors de nos frontières va se répercuter sur nous.

Mme Yeates : Absolument, et c'est pourquoi nous appuyons le travail de l'Organisation mondiale de la santé. Elle fait le même travail que nous à l'échelle internationale pour tirer les leçons de la pandémie, mais nous voulons participer à sa planification pour l'avenir. Un certain nombre de personnes estiment que l'OMS, qui avait planifié en fonction d'une épidémie grave, doit modifier ses signaux. Nous avons tous axé notre planification sur ses signaux, et dans la mesure où ces derniers étaient fondés presque exclusivement sur l'étendue, par opposition à la force ou la gravité, de la pandémie, nous réalisons qu'un affinement est nécessaire et c'est ce que nous avons proposé à l'OMS, comme beaucoup d'autres pays. Notre connexion avec l'OMS est importante.

Senator Cordy: This is Nova Scotia night, I think. Thank you for being here to help us with our study of lessons learned. It is always a good idea, after an experience such as H1N1, to look back to see whether we could have done things better.

I will talk about communication first, because almost every panel that we have heard from talked about how to improve communication.

Mr. Montgomerie, you did an excellent job of talking about the timeline, about the federal-provincial-territorial leadership coming together so that the right hand knew what the left hand was doing. However, I do not think that coming together always filtered down to the general public, and I am not sure who is at fault. Dr. Butler-Jones was on television nationally and Dr. Strang was on television in Nova Scotia giving great messages, and as soon as they finished, the media would have another doctor with an opposing view point, so the general public was left wondering who to believe. There were mixed messages.

How do we overcome those things? The people at the top in Nova Scotia, and in other provinces, I am sure, and nationally, were trying to deliver the message.

How do you interest the media today and tomorrow in learning about the preparations that we are making for the next pandemic, which we know will come. Is it possible to interest them now, or will the floodgates open only when the next pandemic comes?

We were receiving mixed messages.

Mr. Montgomerie: The reality is that no matter what we do, there will always be talking heads; there will always be experts; there will always be other people.

We in Nova Scotia committed early to recognizing that Dr. Strang is the Chief Public Health Officer of Nova Scotia. I have been around the scene for a long time, and I used to sit in on media scrums frequently. I have a tremendous respect for the media. One can tell quickly by their questions when they are losing confidence. I went to most of the news conferences for that reason.

We knew that we had to make Dr. Strang available to the media whenever they wanted, because they were using him. When they heard a question from another expert on the Internet or on the news, they wanted clarity. They did not want to hear it from Dr. Montgomerie or from the Minister of Health of Nova Scotia. They wanted Dr. Strang's opinion.

I know that Dr. Butler-Jones went through the same thing on a daily basis, and probably in a tougher forum with the national media. My advice is to stay cool; stay calm; be available; state the facts based on evidence; and whatever happens will happen.

Le sénateur Cordy : C'est la soirée de la Nouvelle-Écosse, me semble-t-il. Merci d'être venus nous aider avec notre étude des enseignements. C'est toujours une bonne idée, après un événement comme le H1N1, de faire une analyse rétrospective pour voir si nous aurions pu mieux faire les choses.

Je vais parler d'abord de la communication, car presque tous les témoins que nous avons entendus ont parlé de la façon d'améliorer la communication.

Monsieur Montgomerie, vous nous avez très bien expliqué la chronologie, la concertation fédérale-provinciale-territoriale qui a permis que la main droite sache ce que faisait la main gauche. Cependant, je ne crois pas que cette concertation ait filtré jusqu'au grand public, et je ne sais pas à qui en revient la faute. Le Dr Butler-Jones était à la télévision nationale et le Dr Strang était à la télévision en Nouvelle-Écosse et tous deux diffusaient d'excellents messages, mais dès qu'ils avaient terminé, les médias interviewaient un autre médecin qui avait un point de vue opposé, si bien que le grand public ne savait plus qui croire. Les messages étaient divergents.

Comment surmonter ce genre de choses? Les responsables au sommet, en Nouvelle-Écosse et dans les autres provinces aussi, j'en suis sûr, et à l'échelle nationale, s'efforçaient de faire passer le message.

Comment intéresser les médias, aujourd'hui et demain, à se familiariser avec les préparatifs que nous faisons en vue de la prochaine pandémie, qui est inévitable. Est-il possible de les intéresser maintenant, ou bien les vannes ne s'ouvriront-elles que lorsque la prochaine pandémie frappera?

Nous recevions des messages contradictoires.

M. Montgomerie : La réalité est que, quoi que nous fassions, il y aura toujours des « têtes parlantes », il y aura toujours des experts, il y aura toujours d'autres personnes.

Nous, en Nouvelle-Écosse, avant décidé très tôt de mettre en avant le Dr Strang en tant qu'administrateur en chef de la santé publique de la Nouvelle-Écosse. Je connais bien le milieu journalistique et j'assistais fréquemment aux mêlées. Je porte un énorme respect aux journalistes. On peut déterminer très vite d'après leurs questions le moment où ils perdent confiance. J'ai assisté à la plupart des conférences de presse pour cette raison.

Nous savions que nous devions mettre le Dr Strang à la disposition des médias chaque fois qu'ils le demandaient, car ils faisaient appel à lui. Lorsqu'ils entendaient un autre point de vue d'un autre expert sur l'Internet ou aux nouvelles, ils voulaient de la clarté. Ils ne voulaient pas entendre l'avis du Dr Montgomerie ou du ministre de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Ils voulaient celui du Dr Strang.

Je sais que le Dr Butler-Jones a vécu la même chose chaque jour, et probablement dans un cadre plus rude, celui des médias nationaux. Mon conseil est de garder son sang-froid, de rester calme, d'être disponible, d'énoncer les faits démontrés et ensuite advenir ce pourra.

If we had slipped badly in that area, we would have lost the confidence of Nova Scotians and Canadians. I commend the political structure that had the courage to support their chief public health officers on a daily basis.

The conversations I had with my premier about the United States of America saying that they would have vaccines for every citizen by October 1 were not easy discussions. The United States said that 80 per cent of their citizens would be vaccinated by the middle of October, or the United States recommended closing schools. Those kinds of political questions were ones that the premier and the minister would ask, and rightfully so. They would have to explain to their constituents why the United States would have vaccine on October 1 when we would not see ours until November, which is factual; it happened.

I salute elected officials for supporting the chief public health officers who continued to answer those questions on a daily basis. There was incredible pressure on those people every day to face the media. I have to tell a cute story: During the high-risk sequencing groups, we had a major call where we were told that public health nurses had opened an extra vaccine vial of vaccine in daylight. Once opened, it has to be used. They went across the street to a tavern and recruited folks they saw as high risk. The media were all over us. The next day, Dr. Strang was before the media and said, "I salute those public nurses for their initiative in ensuring that those vaccines were used." One of the media people said, "So, Dr. Strang, were there any shots given in that tavern?"

Dr. Strang, without skipping a beat, said, "I am sure there were some shots, but they were not from us."

There is no easy answer to your question other than my admiration for the political process that supported the chief medical officers.

Dr. Kendall: It is inevitable that you will have people with an opposing viewpoint. It helps if the people we have out there can be mostly right — never be dogmatically wrong — and that they be credible, available, transparent, and have as much information as they can have. If we disagree with what a talking head is saying, we have good reason to say why we disagree. "Trust me, I am from the government;" or "Trust me, I am a doctor," does not work. We need to establish a level of credibility beyond that, which comes from putting a lot of hard work into it.

Senator Cordy: We know that if we say we are from the government and we are here to help, it is not always believed.

I want to speak about vaccination and vaccination distribution. Ms. Yeates, you said earlier that we would like to have larger quantities. You talked about preparing the vaccine distribution and delivery infrastructure to handle higher capacity using a variety of immunization service providers and settings.

Si nous avions gravement dérapé dans ce domaine, nous aurions perdu la confiance des Néo-Écossais et des Canadiens. Je félicite la structure politique d'avoir eu le courage de soutenir au quotidien les administrateurs en chef de la santé publique.

Les conversations que j'ai eues avec mon premier ministre concernant le fait que les États-Unis d'Amérique disaient qu'ils auraient assez de vaccins pour tous les Américains d'ici le 1^{er} octobre n'ont pas été faciles. Les États-Unis affirmaient que 80 p. 100 des Américains seraient vaccinés à la mi-octobre, ou bien les États-Unis recommandaient de fermer les écoles. Il est légitime que le premier ministre et le ministre posent ce genre de questions politiques. C'était à eux qu'il incombait d'expliquer à leurs électeurs pourquoi les États-Unis avaient en main le vaccin le 1^{er} octobre alors que nous ne recevions les nôtres qu'en novembre, ce qui était la réalité.

J'applaudis les élus d'avoir soutenu les administrateurs en chef de la fonction publique qui continuaient à répondre à ces questions chaque jour. Une pression incroyable s'exerçait sur ces personnes qui devaient affronter les médias chaque jour. J'ai une petite anecdote amusante à vous raconter : pendant la période de vaccination des groupes à haut risque, nous avons eu un appel téléphonique où l'on nous a dit que des infirmières de la santé publique avaient ouvert un flacon de vaccin de trop en plein jour. Une fois ouvert, il fallait l'utiliser. Elles sont allées dans une taverne de l'autre côté de la rue pour recruter des gens qu'elles percevaient comme à haut risque. Les médias nous sont tombés dessus. Le lendemain, le Dr Strang a rencontré les journalistes et a dit « J'applaudis à l'initiative de ces infirmières qui ont veillé à ce que ces vaccins soient utilisés ». L'un des journalistes a demandé : « Alors, docteur Strang, est-ce qu'on a vidé des flacons dans cette taverne? »

Le Dr Strang, a répondu, du tac au tac : « Je suis sûr que des flacons ont été vidés, mais ce n'était pas les nôtres ».

Il n'y a pas de réponse facile à votre question, hormis pour dire mon admiration pour le pouvoir politique qui a appuyé les directeurs de la santé.

Dr Kendall : Il est inévitable que des points de vue opposés soient exprimés. Cela aide si nous avons des porte-parole qui ont le plus souvent raison — qui ne se trompent jamais de manière dogmatique — et qui sont crédibles, disponibles, ouverts, et aussi bien renseignés que possible. Si nous sommes en désaccord avec ce que dit une « tête parlante », nous avons alors de bonnes raisons sur lesquelles nous appuyer. Dire « Faites-moi confiance, j'appartiens au gouvernement », ou bien « Faites-moi confiance, je suis médecin » ne marche pas. Il faut asseoir un niveau de crédibilité supplémentaire, qui est la récompense d'un travail acharné.

Le sénateur Cordy : Nous savons que si nous disons que nous appartenons au gouvernement et que nous sommes là pour aider, nous ne sommes pas toujours crus.

Je veux parler de la vaccination et de la distribution des vaccins. Madame Yeates, vous avez dit plus tôt que vous aimeriez en avoir de plus grandes quantités. Vous avez dit qu'il fallait préparer la distribution des vaccins et l'infrastructure de leur administration de manière à pouvoir traiter un plus gros volume en faisant appel à divers fournisseurs de services et lieux de vaccination.

We also heard from the pharmacists who appeared before the committee that during a pandemic we should use the supply chain already in place, and not arrange a new supply chain during a pandemic. That is what they told us. Can you comment on maintaining the supply chain already in place, as compared to having a different one during a pandemic?

Can you also comment on the variety of immunization service providers and settings? When a pandemic or flu comes, we are accustomed to treating the elderly and children first. This flu was different because those over 65 years of age had a built-in immunity while those who were younger still had that immunity within their systems. That flu was a little different at the outset, and people wanted to bring their children.

Can you comment on the distribution of the vaccine in light of some of the things I have said?

Mr. Montgomerie: From a supply perspective, I will speak from the deputy minister level. In Nova Scotia, we ensured ongoing conversations with our pharmaceutical people, with doctors in Nova Scotia and with others because we changed the way we supplied vaccines.

We had to change. If we went the normal way through doctors' offices, we would have taken forever to immunize all Nova Scotians. We went to a public setting through our district health authorities. This setting caused issues, in particular in the beginning, but we worked them out. As we eased off the sequencing, we went back to the traditional doctors' offices and ensured the doctors had adequate supply. In the beginning, there were challenges.

The Chair: Are there other comments?

Dr. Kendall: Yes; we used a standard supply chain for publicly funded vaccines because of the issues of mass volume, capacity, and the 500-vial boxes that had to be repackaged and broken down with information on them. We needed to ensure that delivery coaching was in place for the health authorities, who could redistribute to mass clinics, doctors' offices or later, to pharmacists. We used the supply chain that we would normally use because of the volume and capacity issues.

The issue of children was a challenge. We prioritized children at risk across the country — those with any underlying risk condition. Healthy children became infected but had the lowest rates of complications, at least in British Columbia. Even though *The Globe and Mail* is still castigating us for not putting healthy children up first, there was no epidemiological reason to vaccinate healthy children when there were people much more likely to become seriously ill and end up in hospital. We added the healthy children between six months and five years of age in the second wave of vaccine, once we had it available.

Les pharmaciens qui ont comparu devant le comité nous ont dit aussi que pendant une pandémie il faudrait utiliser la chaîne de distribution déjà en place et non pas vouloir en créer une nouvelle pendant une pandémie. C'est ce qu'ils nous ont dit. Pourriez-vous nous parler de l'utilisation de la chaîne d'approvisionnement déjà en place, plutôt que d'en organiser une différente pendant une pandémie?

Pourriez-vous également nous parler des divers fournisseurs de services et lieux de vaccination? Lorsque survient une pandémie ou une grippe, nous avons coutume de vacciner d'abord les personnes âgées et les enfants. Cette grippe a été différente parce que les plus de 65 ans jouissaient d'une immunité préalable et les plus jeunes avaient une immunité résiduelle. Cette grippe était un peu différente dès le départ, et les gens voulaient venir avec leurs enfants.

Pouvez-vous parler de la distribution du vaccin à la lumière de certains des aspects que j'ai mentionnés?

M. Montgomerie : En ce qui concerne l'approvisionnement, je vais me placer dans l'optique du sous-ministre. En Nouvelle-Écosse, nous n'avons cessé de dialoguer avec nos pharmaciens, nos médecins et d'autres, car nous avons modifié la façon de distribuer les vaccins.

Nous avons dû changer les choses. Si nous avions suivi la filière normale des cabinets de médecins, il aurait fallu une éternité pour vacciner tous les Néo-Écossais. Nous avons opté pour des lieux publics ouverts par nos autorités sanitaires de district. Cela a causé des problèmes, surtout au début, mais nous les avons résolus. Lorsque nous avons ouvert la vaccination à la population générale, nous sommes repassés par les cabinets de médecins traditionnels et avons veillé à ce que les médecins soient approvisionnés. Au début, il y a eu des difficultés.

Le président : Y a-t-il d'autres commentaires?

Dr Kendall : Oui; nous avons utilisé une chaîne d'approvisionnement standard pour les vaccins financés par l'État à cause des quantités massives, des problèmes de capacité, et du fait que les boîtes de 500 doses devaient être reconditionnées en lots plus petits avec tous les renseignements. Nous devons dispenser les instructions d'administration à l'intention des autorités sanitaires, qui pouvaient redistribuer les doses à des cliniques de masse, à des cabinets de médecins ou plus tard à des pharmaciens. Nous avons utilisé la chaîne d'approvisionnement que nous utiliserions normalement pour des raisons de volume et de capacité.

La question des enfants a été un défi. Nous avons priorisé les enfants à risque à travers le pays, ceux souffrant d'une affection sous-jacente. Les enfants en bonne santé se voyaient infectés, mais ils connaissaient le plus faible taux de complications, du moins en Colombie-Britannique. Même si le *Globe and Mail* nous reproche encore de ne pas avoir donné priorité aux enfants en bonne santé, il n'y avait aucune raison épidémiologique de vacciner des enfants en bonne santé alors que d'autres personnes étaient beaucoup plus susceptibles de tomber gravement malades et d'aboutir à l'hôpital. Nous avons ajouté les enfants entre six mois et cinq ans lors de la deuxième vague de vaccination, une fois que nous avions une quantité suffisante de vaccins.

Ms. Yeates: From the regulator's perspective of the supply chain, I will add the fact that we had a pre-arranged spot, or sometimes two spots in the bigger provinces, where the vaccine was delivered once it was produced. Within the tight time frames, we were able to provide some of the testing of each lot that has to take place on an ongoing basis. We had the producer ship the vaccine to those designated spots and have it held there while we were simultaneously testing so that we did not lose the transportation time. We were able to give the go-ahead, when we had satisfied and cleared the safety hurdles, to the lots that were pre-positioned and in place. The individual jurisdictions were at liberty to use whatever supply mechanism worked for them within the jurisdiction. Some jurisdictions went to mass clinics while others used physicians' offices. We felt that decisions on those differences were best made by the individual jurisdictions.

We used innovation to reduce everyday matters in the process of supply, but there could be no shortcuts taken in terms of safety. Some of that pre-positioning allowed us to save on transportation time, which in a normal seasonal vaccine would not be an issue, while ensuring safety of the vaccine.

Senator Callbeck: Ms. Yeates, you mentioned a number of improvements in a new process for vaccine contracting that will mean greater involvement by the provinces and territories. I want to hear your comments on those improvements.

Ms. Yeates: One challenge that we all faced was the sense that in a seasonal situation, we have much longer time frames. I do not think we had ever been as close to the daily vagaries of lot difficulties at the manufacturing level. We are usually dealing with such long time frames and the manufacturer takes care of those things.

For example, Health Canada sent someone to the St. Foy partner so that someone on site could understand sooner when production challenges arose. That additional information allowed us to know when we were likely to see larger or smaller shipments as all the quality assurance mechanisms that take place in the plant were dealt with. Some of that process had typically been a Government of Canada process, and then we turned the vaccine over and shipped it to the provinces.

On a go-forward basis, we have agreed that there will be provincial-territorial representation in the process of, first, defining the needs in some of the terms and conditions of the contracts, for example. By being more upfront in involving the provinces and territories, we were able to understand some of their implications and they were able to be close to that process.

We created more of a federal-provincial process initially, as we worked with the manufacturers in defining the needs. We cannot predict whether that process will be important in a future pandemic but it well could be that there is a transparency and that best thinking right from the outset.

Senator Callbeck: This time around, were the provinces involved in defining the need in the terms and conditions of the contract?

Mme Yeates : J'ajoute, selon l'optique de l'autorité de réglementation, que nous avions un lieu prédéterminé, ou parfois deux lieux dans les plus grosses provinces, auxquels le vaccin était livré une fois produit. Malgré les délais très serrés, nous avons pu tester chaque lot, ce qui était impératif. Le fabricant livrait le vaccin à ces lieux désignés et les gardait en attente pendant que nous faisons simultanément les tests, de façon à ne pas perdre de temps dans le transport. Nous pouvions donner le feu vert, une fois que nous avions satisfait aux contraintes de sécurité, aux lots qui étaient prépositionnés et en place. Les provinces et territoires pouvaient utiliser le mécanisme d'approvisionnement qu'ils jugeaient le plus propice. Certaines provinces ont opté pour des cliniques de masse alors que d'autres ont opté pour les cabinets de médecins. Nous avons jugé que les provinces et les territoires étaient les mieux à même de prendre ces décisions.

Nous avons fait preuve d'innovation pour réduire les délais dans la chaîne d'approvisionnement, mais les raccourcis étaient exclus sur le plan de la sécurité. Le prépositionnement nous a permis de comprimer les délais de transport, ce qui ne serait pas un problème avec un vaccin saisonnier ordinaire, tout en garantissant l'innocuité des vaccins.

Le sénateur Callbeck : Madame Yeates, vous avez mentionné un certain nombre d'améliorations grâce à un nouveau mécanisme de passation des marchés de vaccins qui donnera un plus grand rôle aux provinces et territoires. J'aimerais que vous nous en disiez plus sur ces améliorations.

Mme Yeates : Une difficulté que nous avons rencontrée était due aux délais très serrés, alors que dans une situation saisonnière nous avons des délais beaucoup plus longs. Je ne crois pas que nous ayons jamais été confrontés aux aléas quotidiens de la production des lots. Nous disposons habituellement de délais longs et le fabricant s'occupe de ces choses.

Par exemple, Santé Canada a envoyé quelqu'un chez le partenaire de Sainte-Foy afin d'avoir quelqu'un sur place qui soit averti plus vite lorsque des difficultés de production survenaient. Cette information supplémentaire nous permettait de savoir quand nous étions susceptibles de recevoir des expéditions plus grosses ou plus petites, car toutes les mesures d'assurance de la qualité qui doivent intervenir à l'usine étaient prises. Une partie de ce processus était typiquement du ressort du gouvernement du Canada, qui recevait le vaccin et le redistribuait aux provinces.

Pour l'avenir, nous avons convenu d'avoir une représentation provinciale-territoriale au niveau, d'abord, de la définition des besoins dans les conditions du contrat, par exemple. En faisant intervenir les provinces et territoires plus précocement, nous avons mieux pu cerner certaines de leurs contraintes et ils étaient ainsi associés à ce processus.

Nous avons créé initialement davantage un processus fédéral-provincial, sur le plan de la définition des besoins avec les fabricants. Nous ne savons pas si ce processus sera important lors d'une pandémie future mais il se pourrait bien qu'il y ait davantage de transparence et de réflexion dès le départ.

Le sénateur Callbeck : Cette fois-ci, est-ce que les provinces ont eu un rôle dans la définition des besoins en rapport avec les conditions du contrat?

Ms. Yeates: The Public Health Agency of Canada has the contracts and would know more about the details.

We understood there had been provincial input but they had not been involved in the same way as we suggested they be now, on a go-forward basis. It had never been done in isolation of the provinces and territories, but there is recognition that there will be an even greater, equal partnership in every step of the process. We have learned that.

Mr. Montgomerie: We commend the federal government because there is a lesson learned they moved quickly on. Our colleagues are engaged with the federal government on this new contract. It is much different than the older one. It has been helpful and it happened quickly.

The Chair: Do you have anything to add, Dr. Kendall?

Dr. Kendall: No; I agree it is a partnership now in determining the terms of the contract, negotiating the contracts and on the bid evaluation as well. We cost- share the vaccines and we are now sharing the responsibility for what we negotiated and how we negotiate it.

The Chair: Unless colleagues have other questions. I will finish off with a question about vaccine priority lists: How well did that priority list work? Were there many variations between the provinces on this list?

We have heard from the firefighters with respect to first responders. I believe first responders came further down the list, although that priority may have varied from province to province. There were also controversies, such as professional athletes receiving the vaccine first, or members of boards of hospitals entered the lineups, and that irritated the public. The media love to play up those situations.

Where do you think the improvements in creating the priority list can be made, particularly as they relate to provincial variances?

Mr. Montgomerie: For context, it helps to understand that on July 23, the SAC spent an afternoon looking at how many vaccines had to be ordered for Canadians, because the company had to place an order soon. I think Dr. Spika mentioned 20 or 21 weeks. We knew on that day that in 20 or 21 weeks, we would receive our vaccine, but not all at once; it would flow over a period of time. That flow meant we had to sequence.

That sequencing was an incredibly difficult sell. First responders are a good example, because those of us on the ground in the provinces felt the full brunt. Police and others were saying we should be looked after. It was back to whether public health officials were sticking to messages. Yes, some provinces deviated from those risk groups and that caused concerns.

The Chair: What do you think needs to be done about that problem?

Mme Yeates : L'Agence de la santé publique du Canada est responsable des contrats et connaît mieux les détails.

Nous savions que les provinces avaient eu leur mot à dire, mais sans participer d'aussi près que ce sera le cas dorénavant. Les contrats n'étaient jamais passés sans consultation des provinces, mais dorénavant ce sera un partenariat plus étroit et plus égal à chaque étape du processus. Nous avons appris cette leçon.

M. Montgomerie : Nous félicitons le gouvernement fédéral car c'est une leçon apprise qui a rapidement été suivie d'effets. Nos collègues ont collaboré avec le gouvernement fédéral sur ce nouveau contrat. Il est très différent de l'ancien. Cela a été utile et s'est fait vite.

Le président : Avez-vous quelque chose à ajouter, docteur Kendall?

Dr Kendall : Non; je conviens que l'établissement des conditions du contrat, la négociation des contrats et l'évaluation des soumissions font maintenant l'objet d'un partenariat. Le coût des vaccins est partagé et nous partageons maintenant la responsabilité de la négociation et des modalités contractuelles.

Le président : À moins que mes collègues aient d'autres questions, je vais terminer avec une question sur les listes de priorités de vaccination : Cette liste des priorités a-t-elle bien marché? Y avait-il des variations entre les provinces pour ce qui est de cette liste?

Nous avons entendu les doléances des pompiers, parmi les premiers intervenants. Je crois que les premiers intervenants étaient placés plus loin sur la liste, encore que ce rang ait pu varier d'une province à l'autre. Il s'est produit également des controverses, telles que les athlètes professionnels qui passaient avant les autres, ou des membres des conseils d'administration des hôpitaux qui se glissaient dans la file d'attente, et cela a irrité le public. Les médias adorent monter en épingle ce genre de situations.

Où pensez-vous que des améliorations sont possibles dans l'établissement de la liste des priorités, particulièrement sous l'angle des variations provinciales?

M. Montgomerie : Pour situer le contexte, il faut savoir que le 23 juillet, le CCS a passé une après-midi à déterminer combien de vaccins il fallait commander pour les Canadiens, parce que la commande devait être passée très vite. Je crois que le Dr Spika a mentionné le chiffre de 20 ou 21 semaines. Nous savions ce jour-là que dans 20 ou 21 semaines nous allions recevoir notre vaccin, mais pas tout à la fois, les livraisons seraient étalées dans le temps. Cet étalement signifiait qu'il nous fallait établir des priorités.

Ce séquençage a été incroyablement difficile. Les premiers répondants sont un bon exemple, car ceux d'entre nous qui étions sur le terrain dans les provinces avons essuyé tous les coups. Les policiers et d'autres disaient qu'ils devaient être servis en priorité. C'était aux responsables de la santé publique de s'en tenir au message ou non. Oui, certaines provinces ont dérogé à ces groupes à risque et cela a donné lieu à des objections.

Le président : Comment peut-on régler ce problème?

Mr. Montgomerie: At the end of the day, as Dr. Kendall said, we are in a democracy and governments make decisions. Our chief officer for the Public Health Agency of Canada and I make recommendations to our government and they make decisions. In Nova Scotia we are fortunate; we went through two governments and both totally supported the message.

Dr. Kendall: For years, priorities of the pandemic plan had been, first, to reduce morbidity and mortality in vulnerable populations and, second, to ensure that the underpinnings of a civic society continue. Those priorities were around health care response and capacities.

The dilemma appears if we have to put one group before the other group because we have limited supplies. Do we focus on trying to keep people out of hospitals and hope we have enough health care workers to manage them, or do we protect the health care workers and enable them to care for more sick and morbidly ill people? The sense was we would try to protect the most at-risk from death and disease. The second priority was then to protect the essential health care workers.

We heard from many emergency responders. I had five groups, all wanting to be first in the queue. Therefore, I asked them if they would help me prioritize which of their colleague organizations were to be second, third or fourth in queue. That suggestion turned out not to be wise, but I lived with the fallout.

Ms. Yeates: It has been described how the special advisory committee went through this process of putting together the data and information we had about who was vulnerable and likely to be impacted, and then gave to us as deputies the advice of the chosen priority groupings.

The deputies, as a group, asked many questions. There had been a good and thoughtful process; we appreciated that the public health advice had coalesced across the country to give us that advice. There was a real sense that it was the advice that we would accept and take forward as the collective.

I also appreciate that, in certain circumstances, there may be other practical considerations. For example, in the North, everyone agreed if we are going to a remote community, we immunize the whole community. That approach is what was recommended for rural and remote populations. Some circumstances led individual jurisdictions with their particular delivery capacities and concerns to take the priorities slightly differently.

As deputies, we were comforted by the fact that there had been so much thought and evidence focused on this difficult question.

The Chair: We have come to the end of our time.

Thank you very much, all three of you — two of you here with us and Dr. Kendall in a slightly better time zone out on the West Coast.

M. Montgomerie : Au bout du compte, comme le Dr Kendall l'a dit, nous vivons en démocratie et les gouvernements prennent des décisions. Notre administrateur en chef de l'Agence de la santé publique du Canada et moi-même formulons des recommandations à nos gouvernements et ces derniers prennent les décisions. En Nouvelle-Écosse, nous avons de la chance : nous avons vu se succéder deux gouvernements et tous deux ont pleinement appuyé le message.

Dr Kendall : Pendant des années, les priorités du plan de lutte contre les pandémies ont été, premièrement, de réduire la morbidité et la mortalité chez les populations vulnérables et, deuxièmement, d'assurer le maintien des piliers d'une société civique. Ces priorités tournaient donc autour du maintien de la réactivité et des capacités du système de santé.

Le dilemme survient lorsque nous devons placer un groupe devant un autre groupe parce que nous avons un approvisionnement limité. Cherchons-nous d'abord à minimiser les hospitalisations en espérant que nous aurons suffisamment de personnel soignant pour gérer les cas, ou bien protégeons-nous les soignants pour leur permettre de s'occuper d'un plus grand nombre de patients gravement malades? Notre décision a été d'essayer de protéger les plus exposés au risque de mort et de maladie. La deuxième priorité a été ensuite de protéger les soignants essentiels.

Un grand nombre d'intervenants d'urgence sont venus réclamer. J'avais cinq groupes, qui voulaient tous être les premiers dans la file d'attente. Je leur ai donc demandé s'ils voulaient m'aider à décider lesquels de leurs collègues seraient placés au deuxième, troisième ou quatrième rang. Cette suggestion s'est avérée mal avisée, mais j'ai fait face aux conséquences.

Mme Yeates : J'ai décrit comment le Comité consultatif spécial a suivi ce processus consistant à rassembler les données et l'information disponibles sur les personnes les plus vulnérables et susceptibles d'être touchées, pour nous communiquer ensuite, nous les sous-ministres, les groupes prioritaires choisis.

Les sous-ministres ont eux-mêmes posé beaucoup de questions. C'était un bon processus, très réfléchi; nous savions que l'avis des responsables de la santé publique faisait l'objet d'un consensus à travers le pays. Il était clair que nous allions accepter cet avis et le suivre collectivement.

Je ne doute pas que, dans certaines circonstances, il pourrait y avoir d'autres considérations pratiques. Par exemple, dans le Nord, tout le monde a convenu que dans une localité isolée, il fallait vacciner toute la population. C'est l'approche qui a été recommandée pour les populations rurales et isolées. Certaines circonstances ont fait que des juridictions ont appliqué des priorités légèrement différentes, en fonction de leurs capacités de distribution et leurs préoccupations propres.

En tant que sous-ministres, nous avons été rassurés par le fait que cette question difficile avait fait l'objet d'une si grande réflexion et analyse des faits.

Le président : Nous arrivons à la fin de notre séance.

Je vous remercie infiniment tous les trois — vous deux qui étiez sur place avec nous, ainsi que le Dr Kendall dans une zone horaire légèrement plus agréable sur la côte Ouest.

You have been most helpful to us and we appreciate the information you have given us. We will take the information and talk to more people to come up with a report before the end of the year.

Thank you. With that, we are adjourned.

(The committee adjourned.)

OTTAWA, Wednesday, October 20, 2010

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill C-40, an Act to establish National Seniors Day, met this day at 4:17 p.m. to give consideration to the bill.

Senator Art Eggleton (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: I call to order this meeting of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

Today, for the first part of our meeting, we will deal with Bill C-40, an act to establish National Seniors Day, which has been referred here by the Senate after second reading. It has had three readings and adoption in the House of Commons.

We are very pleased to welcome the Honourable Diane Ablonczy, P.C., M.P., Minister of State (Seniors), and she is here to tell us about the bill. Thank you very much for coming. The floor is yours.

Hon. Diane Ablonczy, P.C., M.P., Minister of State (Seniors): Thank you, Mr. Chair. Honourable senators, thank you for having me here today. As a junior minister, I do not get much chance to be over on this august side of Parliament, so it is a treat for me to be here.

As you can see, I have some prepared remarks, and I urge you to look at those, but I am not a big fan of canned remarks.

Contrary to what some of you might be hoping for, this is not about a national senators day. I cannot actually take credit for that bit of wit. That was your chair. This is about a national seniors day.

I understand that you have been studying pandemic plans. As you know, the seniors cohort is one of the particularly vulnerable cohorts should a pandemic strike. It is an indication of the fact that almost everything government does really touches the seniors cohort and the fact that our seniors population is not only growing rapidly but is forecast to almost double in the next two decades. Some of us have been around almost two decades in this place, and you know how quickly it passes.

Right now, one in seven Canadians is over the age of 65. In two decades, it will be one in four. No society in history has actually had that large a percentage of their population in the

Vous nous avez été très précieux et nous apprécions les renseignements que vous nous avez apportés. Nous nous en servons, après avoir parlé à d'autres personnes encore, pour rédiger un rapport avant la fin de l'année.

Merci. Là-dessus, je déclare la séance levée.

(La séance est levée.)

OTTAWA, le mercredi 20 octobre 2010

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, auquel a été renvoyé le projet de loi C-40, Loi instituant la Journée nationale des aînés, se réunit aujourd'hui, à 16 h 17, pour étudier le projet de loi.

Le sénateur Art Eggleton (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : La séance du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie est ouverte.

Aujourd'hui, la première partie de notre séance sera consacrée à l'étude du projet de loi C-40, Loi instituant la Journée nationale des aînés, qui a été renvoyé à notre comité par le Sénat, après sa seconde lecture. Il a passé les trois lectures à la Chambre des communes, qui l'a adopté.

Nous sommes très heureux de recevoir aujourd'hui l'honorable Diane Ablonczy, C.P., députée, ministre d'État (aînés), qui nous parlera du projet de loi. Merci beaucoup d'être venue. Vous avez la parole.

L'honorable Diane Ablonczy, C.P., députée, ministre d'État (aînés) : Merci, monsieur le président. Honorables sénateurs, merci de m'avoir invitée à témoigner aujourd'hui. À titre de ministre de second rang, je n'ai pas souvent la chance de me retrouver de cet auguste côté du Parlement; je me fais donc une joie d'être parmi vous.

Comme vous pouvez le constater, j'ai préparé quelques remarques que je vous invite à consulter, mais je ne suis pas particulièrement friande des discours rédigés à l'avance.

Je ne voudrais pas vous décevoir, mais il ne s'agit pas d'une journée nationale des sénateurs. Ce trait d'esprit n'est pas de moi, mais de votre président. Nous parlons ici d'une journée nationale des aînés.

Je crois savoir que vous vous êtes penchés sur des plans en cas de pandémie. Comme vous le savez, la cohorte des aînés serait particulièrement vulnérable dans une telle situation. C'est donc dire que presque tout ce que fait le gouvernement touche effectivement cette cohorte, et que notre population d'aînés connaît une telle croissance qu'elle devrait presque doubler au cours des deux prochaines décennies. Certains d'entre nous sont présents ici depuis près de 20 ans et vous savez à quel point le temps passe vite.

Aujourd'hui, un Canadien sur sept est âgé de plus de 65 ans. Dans 20 ans, ce sera un sur quatre. Jamais dans l'histoire des peuples les personnes âgées auront formé un groupe aussi

older demographic. I throw that out to you because what you do and all of what government does will be extremely important for that change.

The good news is that Canadians as a whole are living longer, healthier lives. It used to be when all of our social programs were set up, that the average age was about 72. If you were already in your 70s, which would be one of our dynamic senators, you were pushing it. Now, however, the average age is 81.

As I travel about, I meet the most amazing people. I was at a seniors centre in Winnipeg and met two ladies who were teaching computer skills; they were both in their 90s. I asked them, "How do you get here to teach these courses?" One pointed to the other and said, "She drives."

As the organization CARP says, the baby boomers are really starting to redefine what it means to be a senior. I think it is very exciting. It will mean some real changes. You might know that Moses Znaimer has coined a new phrase for the older demographic. He calls them "zoomers," baby boomers with zip. That is a very creative way to put it.

As are you aware, we introduced a bill in the House of Commons to put in place in Canada a national seniors day. It is proposed to be on the same day as the International Day of Older Persons, October 1, but we typically have not, as a nation, really celebrated that day. We thought that if we had a national seniors day for Canada specifically, that it would be a good step forward and a good time to do that.

With the shifting demographics and the aging population, it will be incumbent upon us as leaders to find new and more explicit ways to build bridges between and among the generations. As you know, the older demographic votes, and when you have a quarter of the population, most of whom tend to vote, I reckon that those seniors will make up a third to even a half of the voting population because of the many people who do not bother voting. Seniors will be enormous policy influencers. Fortunately, with that power, with that kind of voting clout, they also keep in mind the well-being of their children, their grandchildren and future generations.

A national seniors day is a time, in my view, to not just celebrate seniors and acknowledge their enormous contributions to our society — past, present and future — but also help build important bridges of understanding, respect and appreciation between and among seniors.

We thought, with a national seniors day being brought forward, that some people would say that this is just a symbol, that does not really have any substantive clout. Therefore, in my comments, I have set out a number of the initiatives of the government of which I am a part — some of those having been launched by the former government — that will help seniors.

nombreux. Je mentionne ces chiffres parce que ce que vous et le gouvernement faites sera d'une extrême importance pour ce changement.

La bonne nouvelle, c'est que, dans l'ensemble, les Canadiens vivent plus longtemps et en meilleure santé. Lorsque la plupart de nos programmes sociaux ont vu le jour, l'espérance de vie était d'environ 72 ans. Si vous aviez déjà plus de 70 ans à l'époque, comme certains de nos dynamiques sénateurs, vous repoussiez les limites. Aujourd'hui, l'espérance de vie est de 81 ans.

Durant mes voyages, je rencontre des personnes étonnantes. Dans un centre pour personnes âgées, à Winnipeg, j'ai rencontré deux femmes de plus de 90 ans qui donnaient des cours d'initiation à l'informatique. Je leur ai demandé comment elles se rendaient au centre pour donner leurs cours. Une des deux a montré l'autre du doigt en disant : « C'est elle qui conduit ».

Comme le dit l'organisme CARP, la génération du baby-boom commence vraiment à redéfinir ce que cela signifie d'être un aîné. Je crois que c'est très intéressant. Cela apportera de réels changements. Vous savez peut-être que Moses Znaimer a inventé un nouveau mot pour la génération plus âgée. Il les appelle les « zoomers », c'est-à-dire des baby-boomers qui ont du « zip », c'est-à-dire qui sont pleins d'énergie. C'est une façon très imagée de le dire.

Comme vous le savez, nous avons présenté un projet de loi à la Chambre des communes pour désigner une journée nationale des aînés. La date retenue est le 1^{er} octobre, soit la Journée internationale des personnes âgées, que notre pays n'a jamais vraiment célébrée. Nous avons jugé que si nous désignons une journée nationale des aînés spécifiquement pour le Canada, ce serait un pas en avant, et que le moment était bien choisi.

Compte tenu des changements démographiques et du vieillissement de la population, il nous incombe, à titre de dirigeants, de trouver des façons nouvelles et plus explicites de jeter des ponts entre les générations et au sein de celles-ci. Comme vous le savez, les personnes âgées votent; puisqu'elles représentent le quart de la population et que la plupart d'entre elles ont tendance à voter, ces personnes composent, selon mes calculs, le tiers ou même la moitié des électeurs, étant donné le grand nombre de personnes qui ne se donnent pas la peine de voter. Les aînés exerceront une profonde influence sur les politiques. Heureusement, malgré ce pouvoir et l'influence qu'ils peuvent exercer sur le résultat des élections, ils n'oublient pas de veiller au bien-être de leurs enfants et petits-enfants ainsi que des générations à venir.

À mon avis, une journée nationale des aînés est un moment non seulement pour célébrer les aînés et reconnaître leurs énormes contributions à notre société — passées, présentes et futures — mais aussi pour approfondir la compréhension, le respect et l'appréciation entre les aînés-eux-mêmes.

Nous avons pensé que la désignation d'une journée nationale des aînés ferait dire à certains qu'il ne s'agit que d'un symbole, que cela ne changerait pas grand-chose. Par conséquent, je présente dans mes remarques un certain nombre d'initiatives du gouvernement dont je fais partie — dont certaines ont été lancées par le gouvernement précédent — qui aideront les aînés. Ces

These initiatives will support them and address some of the issues that have been particularly pressing for the older demographic. Part of that is more income support.

In the 1980s, over 20 per cent of seniors were actually living in what we would call poverty. Today, it is less than 5 per cent. That went up slightly during the recession when the value of some savings went down, but it is roughly at around 5 per cent. That has been real progress. We are proud of that. Canada is very fortunate. That is actually the best record in the developed world, and we want to continue to ensure that seniors have a good standard of living.

I have set out a number of other issues. The chair reminded me that this may be broadcast at some point, so I could take the opportunity to read these initiatives that we have taken in some detail, but I will not do that. You have them in front of you.

To summarize, our government has made a number of changes that leave more money in the pockets of older Canadians. In fact, each year now, older Canadians have over \$2.3 billion more in their pockets than they did just a few years ago. That has made an enormous difference. It has taken 85,000 seniors off the tax rolls altogether and given them some very valuable resources to meet their living needs.

We have put a great deal of money into affordable housing for seniors and also into adaptation of housing. As you know, as you get older, sometimes you need adaptations for wheelchairs or grab bars or just to make sure that your home is a little easier to live in and a person can be independent.

You might have seen advertisements on the elder abuse issue. This is the second phase of those ads that are tackling the issue of elder abuse and mistreatment of seniors. We are putting a good deal of emphasis on financial exploitation because that is the main area where elders tend to suffer abuse, but other types exist as well. This is a \$13-million initiative; we also put a large amount of money into studies and activities that address the issue of elder abuse and financial exploitation.

Other initiatives include the Age-Friendly Communities Initiative, which ensures that transportation is accessible and buildings and streets are hazard-free. Many communities are becoming very engaged in that Age-Friendly Communities outreach. I met with a group in the city of Toronto last week, and they are doing some tremendous ground-breaking work with age-friendly communities and how that happens.

A very popular seniors program called the New Horizons for Seniors Program gives seniors groups across the country small grants to put programming into place that helps keep seniors active in the community and also establishes opportunities for them to mentor and to be engaged with other generations. That program is so popular that we actually put \$10 million more into it last budget, to bring the total yearly spending on that to \$40 million.

initiatives les appuieront et s'attaqueront à certains des problèmes particulièrement urgents pour les personnes âgées, notamment le soutien du revenu.

Au cours des années 1980, plus de 20 p. 100 des aînés vivaient dans un état qu'on pourrait qualifier de pauvreté. Aujourd'hui, il y en a moins de 5 p. 100. Le pourcentage a légèrement augmenté durant la récession lorsque la valeur de certains placements a diminué, mais il demeure environ le même. Il y a eu de réels progrès, dont nous sommes fiers. Le Canada est très chanceux. Il affiche en effet le meilleur dossier du monde développé et nous tenons à nous assurer que les aînés continuent de jouir d'un bon niveau de vie.

J'ai présenté un certain nombre d'autres problèmes. Le président m'a rappelé que mes propos pourraient être diffusés. Je pourrais donc profiter de l'occasion pour détailler les initiatives que nous avons prises, mais je m'en abstiendrai. Vous les avez devant vous.

En résumé, notre gouvernement a opéré certains changements qui laissent plus d'argent dans les poches des aînés. En fait, chaque année maintenant, les Canadiens âgés disposent de 2,3 milliards de dollars de plus qu'il y a quelques années seulement. Cela a changé bien des choses. Ainsi, 85 000 aînés ne paient plus du tout d'impôt et disposent de certaines ressources très précieuses pour subvenir à leurs besoins.

Nous avons investi beaucoup d'argent dans le logement abordable pour les aînés et aussi dans le logement adapté. Vous savez qu'en vieillissant, il faut parfois adapter son logement pour permettre le passage des fauteuils roulants ou installer des barres d'appui, ou simplement pour s'assurer que la maison dispose d'installations qui permettent à une personne de demeurer autonome.

Vous avez peut-être vu de la publicité sur les mauvais traitements infligés aux aînés. Il s'agit de la deuxième phase des annonces visant à contrer les mauvais traitements envers les aînés. Nous insistons considérablement sur l'exploitation financière parce qu'il s'agit du principal type d'exploitation des aînés, mais il en existe d'autres. Il s'agit d'une initiative de 13 millions de dollars; nous affectons aussi beaucoup d'argent à des études et à des activités pour lutter contre les mauvais traitements envers les aînés et leur exploitation financière.

Mentionnons aussi l'Initiative des collectivités-amies des aînés, qui permet de faire en sorte que les moyens de transport soient accessibles et que les immeubles et les rues soient sans danger. De nombreuses collectivités s'engagent à fond dans la démarche des collectivités-amies des aînés. La semaine dernière, j'ai rencontré un groupe, à Toronto, qui abat un formidable travail de pionnier concernant les collectivités-amies des aînés et les moyens à mettre en œuvre.

Un programme très populaire auprès des aînés, le programme Nouveaux Horizons pour les aînés, verse à des groupes de personnes âgées partout au pays des petites subventions pour mettre en place des programmes permettant aux aînés de demeurer actifs au sein de leur collectivité; il leur fournit aussi des occasions de mentorat et d'engagement auprès d'autres générations. Ce programme est tellement populaire que nous lui avons affecté 10 millions de dollars de plus dans le dernier budget, ce qui porte le total des dépenses annuelles à 40 millions de dollars.

In addition, the federal-provincial-territorial meetings of seniors ministers have been very positive — the one I was at, at least. We, as leaders, need to be preparing for the future, and I can assure you that that is very much on the top of minds of seniors ministers. As you know, a big part of what seniors ministers do is work with their colleagues in the various cabinets and with municipal leaders because so many seniors areas are multi-jurisdictional.

If you concur, we would like to establish a national seniors day to be held on October 1. I am pleased to say, and I think it is telling, that when this bill came before the house, it was passed unanimously. I think you know how unusual that is in the House of Commons, particularly in a minority situation. It has also been enthusiastically received by groups with which I have spoken and likely groups with which you have spoken as well.

On the International Day of Older Persons this October 1, although we made it clear that your decision was still pending, a number of groups did celebrate seniors, and we put some of those events on the website. You might want to look at the seniors website because many people went to a great deal of work and were very enthusiastic about celebrating seniors.

I was at one organization in Calgary that actually gave all seniors a little gift. One of them was a little card that looks like a credit card, but it was a very good magnifying glass. It is for seniors to look at the labels on cans and different things in the course of their shopping and could be easily carried in their pocket or purse. I thought that was pretty brilliant.

I think we will see, once we establish national seniors day, many very interesting and innovative ways to reach out to seniors to honour them and to show our appreciation. I hope very much, honourable senators, that you will support this initiative. I think it will be very good for our country.

The Chair: Thank you very much, minister, and thanks for your commentary about the day that you propose and also about what actions your government has taken to assist seniors in our country.

I think, as you said, it is not just about celebrating our seniors but also about looking at some of the issues and some of the demographic changes that mean an older population in the future.

Have you determined some mechanism for how this commemoration each October 1 might take place? Will it be programs addressing the various issues? Will your National Seniors Council be involved in designing that, or will other organizations be involved in doing that, to give some meaning to the day in terms of dealing with seniors issues?

De plus, les rencontres fédérales-provinciales-territoriales des ministres responsables des Aînés ont été très fructueuses — du moins celle à laquelle j'ai assisté. En tant que chefs de file, nous devons préparer l'avenir et je peux vous assurer que les ministres responsables des Aînés ne l'oublient pas. Comme vous le savez, les ministres responsables des Aînés passent beaucoup de temps à intervenir auprès de leurs collègues des divers cabinets et de dirigeants municipaux parce qu'un grand nombre des questions concernant les aînés sont plurigouvernementales.

Nous entendons instituer, avec votre accord, une journée nationale des aînés, qui aura lieu le 1^{er} octobre. Je peux dire avec plaisir, et je crois que cela est révélateur, que ce projet de loi a été adopté à l'unanimité par la Chambre. Vous savez sans doute à quel point cela est inhabituel à la Chambre des communes, particulièrement en situation minoritaire. Le projet de loi a aussi été accueilli avec enthousiasme par les groupes auxquels j'ai parlé et probablement par ceux auxquels vous avez parlé vous aussi.

Le 1^{er} octobre dernier, à l'occasion de la Journée internationale des personnes âgées, un certain nombre de groupes ont effectivement célébré les aînés bien que nous ayons clairement indiqué que vous n'aviez pas rendu votre décision. Vous trouverez des renseignements sur certains de ces événements sur le site web. Je vous invite à jeter un coup d'œil sur le site web des aînés parce que de nombreuses personnes ont abattu beaucoup de travail et ont fait preuve de beaucoup d'enthousiasme pour célébrer les aînés.

J'ai rendu visite à une organisation à Calgary qui a remis un petit cadeau à tous les aînés. Il y avait entre autres une petite carte, qui ressemble à une carte de crédit, mais qui est en réalité une très bonne loupe. Les aînés peuvent s'en servir pour lire les étiquettes sur les boîtes de conserve et d'autres articles lorsqu'ils font leurs emplettes; la loupe se glisse facilement dans une poche ou un sac à main. Je me suis dit que c'était une idée brillante.

Je crois que nous serons témoins, une fois instituée la Journée nationale des aînés, de la mise en œuvre d'une multitude de moyens, plus intéressants et innovateurs les uns que les autres, pour s'adresser aux aînés afin de les célébrer et de leur témoigner notre gratitude. J'espère profondément, honorables sénateurs, que vous appuierez cette initiative. Je crois que ce sera une très bonne chose pour notre pays.

Le président : Merci beaucoup, madame la ministre, et merci pour vos commentaires sur la journée que vous proposez d'instituer et aussi sur les mesures qu'a prises votre gouvernement pour aider les aînés de notre pays.

Je crois, comme vous l'avez dit, qu'il ne s'agit pas simplement de célébrer nos aînés, mais aussi de se pencher sur certains des enjeux et certains des changements démographiques qui découlent du vieillissement de la population.

Avez-vous déterminé un mécanisme quelconque pour le déroulement de cette commémoration, le 1^{er} octobre de chaque année? S'agira-t-il de programmes portant sur les divers enjeux? Votre Conseil national des aînés, ou encore d'autres organisations, participeront-ils à la conception de cette journée, pour qu'elle puisse servir à favoriser le règlement des problèmes des aînés?

Ms. Ablonczy: That is a very good question. I am glad that you mentioned the National Seniors Council because they have been very instrumental in providing advice to government — reality checked advice from the ground. They are now involved in a series of national round tables on issues of intergenerational relations and labour force participation.

To answer your specific question, really the sky is the limit in how this day could be celebrated. I mentioned that on the seniors website some of the events are listed, and how creative people are becoming. Someone suggested that we could plant a tree in honour of a senior in our life, and that links back to the environmental focus that many younger people have.

From the national level, there will be tributes to seniors. We have in place an awards process to recognize seniors who have made outstanding contributions. Sometimes these people do not receive recognition outside of special programs such as that. I think you will see, more and more, an exciting creativity and inventiveness in how people approach seniors day. There is no set pattern or rut that anyone is in.

I believe I mentioned one of the events I was at in Calgary at the Olympic Plaza. The organization had put little green bags together that said “celebrating seniors” on the bag. It was, again, a bag that people could use instead of plastic bags and linking it to seniors.

I believe a lot of creativity and a lot of exciting and interesting things will be happening.

The Chair: If you bring the seniors in on designing it, it certainly will be.

Senator Cordy: Minister, I appreciate you coming. It is extremely important when it is a government bill that the minister is here, and I really do appreciate you taking the time to be with us today and sharing your thoughts on the national seniors day.

I wonder if perhaps we should make an amendment and call it “national zoomers day.” I happened to be talking to Mr. Znaimer last night at the CARP meeting and he is keen on the terminology of “boomers with zip.” He told me that he would allow me to use his term whenever I wanted to if I were designing legislation related to seniors, so I am glad you mentioned it.

One of the things we really have to look at is the public perception of what a senior is. That is not only for the population at large but also for seniors themselves. We tend to look at awards ceremonies for seniors for the contributions they have made, yet we know that people who are 65 and over are continuing to make extremely strong contributions to their communities, whether it is volunteer work or paid work that they are doing.

Mme Ablonczy : C’est une très bonne question. Je suis heureuse que vous ayez mentionné le Conseil national des aînés parce qu’il a prodigué de nombreux conseils au gouvernement — des conseils qui s’appuyaient sur la réalité. Ce groupe organise actuellement une série de tables rondes nationales sur les relations intergénérationnelles et la participation au marché du travail.

Pour revenir à votre question, il n’y a vraiment pas de limite quant aux façons dont on pourrait célébrer cette journée. J’ai mentionné qu’on pouvait trouver certains des événements sur le site web des aînés et que les gens faisaient preuve de plus en plus de créativité. Quelqu’un a proposé que nous plantions un arbre en l’honneur d’un aîné qui fait partie de notre entourage, ce qui renvoie à la place qu’accordent à l’environnement beaucoup de plus jeunes personnes.

À l’échelle nationale, on rendra hommage à des aînés. Nous avons créé un programme de prix pour reconnaître des aînés qui ont fait des contributions exceptionnelles. Il arrive que ces personnes ne reçoivent aucune gratitude sauf dans le cadre de programmes spéciaux comme celui-là. Vous verrez, je le crois, que les gens aborderont la Journée des aînés avec de plus en plus de créativité et d’esprit d’invention. Rien n’est décidé d’avance; rien n’est coulé dans le béton.

Je crois avoir mentionné une des manifestations à laquelle j’ai assisté à Calgary, à l’Olympic Plaza. L’organisme avait préparé des petits sacs verts sur lesquels il était inscrit « Célébrons les aînés ». Là encore, il s’agissait d’un sac que les gens pouvaient utiliser au lieu des sacs en plastique et qui avait un rapport avec les aînés.

Je crois qu’on déploiera beaucoup de créativité et qu’il se passera beaucoup de choses palpitantes et intéressantes.

Le président : Si vous faites participer les aînés à la conception, ce sera sûrement le cas.

Le sénateur Cordy : Madame la ministre, merci d’être parmi nous. Il est extrêmement important, lorsqu’il s’agit d’un projet de loi du gouvernement, que le ministre soit présent; je vous suis profondément reconnaissant d’avoir pris le temps de venir nous rencontrer aujourd’hui pour nous faire part de vos réflexions sur la Journée nationale des aînés.

Je me demande si nous ne devrions pas proposer un amendement et l’appeler la « Journée nationale des zoomers ». Je parlais justement à M. Znaimer hier soir, à la réunion de la CARP, et il aime bien l’expression « des boomers avec du zip ». Il m’a dit que je pourrais l’utiliser comme bon me semblait dans le cadre de l’élaboration d’une loi relative aux aînés; je suis donc ravie que vous l’ayez mentionnée.

La perception populaire de ce qu’est une personne âgée est l’une des choses sur lesquelles nous devons vraiment nous pencher, dans l’intérêt non seulement de la population en général, mais aussi des aînés eux-mêmes. Nous avons tendance à remettre des prix aux aînés pour ce qu’ils ont déjà fait, mais nous savons que de nombreuses personnes de 65 ans et plus continuent de contribuer énormément à leur collectivité, qu’il s’agisse de travail bénévole ou de travail rémunéré.

I feel that it is important that we actually use seniors day, if we pass the legislation, to communicate with Canadians. I know you said in your opening comments that it is a symbolic gesture and that it is a symbolic day, but I would like to think that it is a little more than symbolic. It is a day when we could focus the attention of Canadians — Canadian seniors and Canadians who have not yet reached the age of 65 — on seniors to celebrate our aging population, to talk about the good things that they are doing, but also to make them aware of government programs.

I would hate to think that it is strictly symbolic. I would like to think that if we celebrate seniors day every year, the government will put some thought and energy into making it a really valuable day. Could you comment on that?

Ms. Ablonczy: Those are excellent thoughts that warm my heart because I think it is important to recognize that contributions to society are ongoing. The National Seniors Council has done an excellent study on volunteerism and healthy and active aging. The Senate also did an excellent report that had a number of recommendations, which I believe came out in 2008.

When we say that the day is symbolic, it simply points to the fact that it is not triggering any particular government programs or spending. It is similar to Remembrance Day. That does not mean that it will not have a deep meaning, a purpose and a role in society to remember, honour and look forward to what seniors are contributing and will continue to contribute.

You are right that seniors themselves want to redefine what it means to grow older. They are doing that in various ways. That is why recognition ceremonies, as you said, should also be looking ahead. I totally agree with that; that is a very good point.

Senator Cordy: Of course, my generation has to remember that Paul McCartney and Mick Jagger are senior citizens.

Senator Callbeck: As Senator Cordy said, I think it is important that when a minister has a bill, that they come before the Senate committee and answer questions. I appreciate that you took the time to do that.

I commend you on this bill; it is a good piece of legislation. You say that it is symbolic, that you are not planning on that date to bring forth senior-related activities. What about other countries? Is it symbolic there, too, or do they tend to bring in seniors-related initiatives?

Ms. Ablonczy: Different countries have different approaches. However, generally speaking, similar to Remembrance Day, it is really a time of national focus on a particular meaningful event or part of society. As far as I know — and to be honest, I have not made an exhaustive study — it is really a time when we

Il importe à mon avis que nous utilisions en fait la journée des aînés, si la loi est adoptée, pour communiquer avec les Canadiens. Vous avez dit au début qu'il s'agissait d'un geste symbolique et d'une journée symbolique, mais j'aimerais croire que ça ne s'arrêtera pas là. C'est une journée au cours de laquelle nous pourrions attirer l'attention des Canadiens — les aînés et ceux qui n'ont pas encore atteint l'âge de 65 ans — sur les aînés afin de célébrer notre population vieillissante, de parler de toutes les bonnes choses qu'ils font, mais aussi de les sensibiliser aux programmes gouvernementaux.

Je ne voudrais pas que tout cela soit strictement symbolique. J'aimerais mieux croire que si nous célébrons chaque année la journée des aînés, le gouvernement y réfléchira et s'efforcera d'en faire une journée vraiment utile. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Mme Ablonczy : Ces excellentes réflexions me font chaud au cœur parce que je crois qu'il est important de reconnaître qu'on n'arrête pas de contribuer à la société. Le Conseil national des aînés a réalisé une excellente étude sur le bénévolat chez les aînés, et sur le vieillissement positif et actif. Le Sénat a aussi produit un excellent rapport, en 2008 je crois, qui renfermait un certain nombre de recommandations.

Lorsque nous disons que la journée est symbolique, cela veut tout simplement dire qu'elle ne déclenchera aucune dépense ni aucun programme particulier de la part du gouvernement. Elle ressemble un peu au jour du Souvenir. Ça ne veut pas dire qu'elle n'aura pas un sens profond, un but et un rôle dans la société pour se souvenir des aînés, les honorer et reconnaître leur contribution actuelle et future.

Vous avez raison de dire que les aînés eux-mêmes veulent redéfinir ce que vieillir signifie. Ils le font de diverses façons. C'est pourquoi les cérémonies de reconnaissance, comme vous l'avez dit, devraient aussi être tournées vers l'avenir. Je suis pleinement d'accord là-dessus; vous soulevez un très bon point.

Le sénateur Cordy : Évidemment, ma génération doit se souvenir que Paul McCartney et Mick Jagger sont des personnes âgées.

Le sénateur Callbeck : Comme l'a dit le sénateur Cordy, je crois qu'il est important, lorsqu'un ministre défend un projet de loi, qu'il se présente devant le comité du Sénat et réponde aux questions. Je vous remercie d'avoir pris le temps de le faire.

Je vous félicite pour ce projet de loi; c'est une bonne mesure législative. Vous dites qu'elle est symbolique, que vous ne prévoyez pas organiser ce jour-là des activités ayant trait aux aînés. Qu'en est-il des autres pays? Cette journée est-elle symbolique là aussi ou ont-ils tendance à organiser des manifestations ayant trait aux aînés?

Mme Ablonczy : L'approche varie selon le pays. Toutefois, en règle générale, comme dans le cas du jour du Souvenir, c'est vraiment un moment pour se concentrer sur un événement ou un élément de la société particulièrement significatif. Que je sache — et franchement, je n'ai pas approfondi cette question — c'est

specifically and explicitly reach out and acknowledge, honour and celebrate a particular cohort of our society. That is generally the way it works in most countries.

Our provinces and territories have seniors weeks or even months. Many of them are in the fall, many of them are in the spring, and there are a number of activities.

I want to express appreciation to my provincial and territorial colleagues. I wrote to all of them and acknowledged the seniors weeks or months that are already in place in their provinces and territories, but they indicated they were still willing to help with the national celebration should this bill pass. It is a time we can all come together and acknowledge an important cohort, both for what they have meant to us and what they continue to mean to us.

Senator Callbeck: You mentioned that you are working with your provincial and territorial ministers. In your presentation, you said that you were working with them on key projects, and this would be one. Can you tell us about some of the others?

Ms. Ablonczy: That is a good question. The main focus of my first interactions with my provincial colleagues was to help all of us to be on the same page about the fact that our population is aging, how rapidly it is aging and some of the anticipated impacts.

We had, for example, presenting to us at the federal-provincial-territorial meeting, Dr. Brian Crowley from the Macdonald-Laurier Institute for Public Policy, who has done extensive studies. He was formerly with the Atlantic Institute for Market Studies, AIMS. His studies have been on the impact of the aging population and just what it means.

This is not exactly on topic, but I know you will be interested in this in light of some of your other studies. For example, he says that for decades Canada has had net new entrants into the workforce of about a quarter of a million each and every year for as long as we can remember. That level of new entrants into the workforce actually started to decrease in 2008. By 2016, according to his studies — and as far as I know, he is well respected and accepted — net new entrants into the Canadian workforce will be zero. You can see where we have this precipitous drop-off. That has huge implications for policy-makers both on the federal level and the provincial and territorial level. We are starting to look at those issues.

On the local level, we are looking at transportation so that seniors have access to social events and to medical appointments. Many practical implications are multi-jurisdictional as well. We are looking at that. We are looking at labour force participation because as people live longer, many of them find they actually are not ready for the rocking chair. We want to ensure that for people who want to be engaged on an ongoing basis in paid and unpaid work — because, as Senator Cordy said, volunteer and unpaid work is equally as important — we ensure that we remove barriers and facilitate that participation.

vraiment un moment où nous nous tournons vers une cohorte particulière de notre société pour la reconnaître, l'honorer et la célébrer. C'est habituellement la façon dont cela se passe dans la plupart des pays.

Nos provinces et territoires organisent des semaines ou même des mois des aînés. Beaucoup ont lieu à l'automne, beaucoup au printemps; on organise un certain nombre d'activités.

J'aimerais exprimer mon appréciation à mes collègues des provinces et des territoires. Je leur ai tous écrit et j'ai reconnu que les provinces organisaient déjà des semaines ou des mois des aînés; ils se sont toutefois tous dits prêts à participer à l'organisation de la célébration nationale si le projet de loi devait être adopté. C'est un moment où nous pouvons tous nous rassembler et reconnaître une cohorte importante, pour tout ce que ces personnes ont signifié et continuent de signifier pour nous.

Le sénateur Callbeck : Vous avez mentionné que vous collaboriez avec les ministres provinciaux et territoriaux. Dans votre exposé, vous avez dit que vous collaboriez avec eux dans le cadre de certains projets clés, dont celui-ci. Pouvez-vous nous dire quelques mots sur les autres projets?

Mme Ablonczy : C'est une bonne question. Lors de mes premières interactions avec mes collègues provinciaux, j'ai surtout cherché à faire le point avec eux sur le vieillissement de la population, sur la rapidité du vieillissement et sur certaines des répercussions escomptées.

Par exemple, lors de notre rencontre fédérale-provinciale-territoriale, M. Brian Crowley, de l'Institut Macdonald-Laurier, qui a réalisé des études approfondies, nous a présenté un exposé. Il était auparavant à l'Atlantic Institute for Market Studies, l'AIMS. Ses études ont porté sur l'impact du vieillissement de la population et sur sa signification précise.

Je m'éloigne un peu du sujet, mais je sais que cela vous intéressera, compte tenu de certaines de vos autres études. Par exemple, il dit que durant des décennies, depuis aussi longtemps qu'on s'en souvienne, la population active du Canada a augmenté d'environ 250 000 personnes par année. Or, le nombre de nouveaux venus a commencé à diminuer en 2008. En 2016, selon ses études — et que je sache, il est bien respecté et reconnu — le nombre net de nouveaux venus sur le marché du travail canadien sera nul. Il y aura donc une chute marquée. Cette constatation a de profondes implications pour les décideurs tant à l'échelon fédéral qu'à l'échelon provincial et territorial. Nous commençons à examiner ces questions.

Sur le plan local, nous nous penchons sur les transports pour faire en sorte que les aînés puissent se rendre à des activités sociales et à leurs rendez-vous médicaux. De nombreuses implications pratiques sont aussi plurigouvernementales. Nous nous y intéressons. Nous examinons la participation au marché du travail parce que les gens vivent plus longtemps; beaucoup estiment qu'ils ne sont pas encore prêts pour la chaise berçante. Nous voulons nous assurer d'éliminer les obstacles et de faciliter la participation des personnes qui veulent continuer à exercer un travail, rémunéré ou non — parce que, comme le disait le sénateur Cordy, le travail bénévole et non rémunéré est aussi important.

We are looking at other issues, but those are the top ones so far.

Senator Callbeck: On the seniors study that was done by the Senate, which is a terrific study with many recommendations; are there any particular recommendations that the government is considering implementing now?

Ms. Ablonczy: We are moving ahead on some of those. I think there was mention of something about a bomb. Does anyone remember the title? I know the officials know it. Anyway, the senators who participated in that study recognized that there will be an enormous change.

The government is moving ahead on some of those recommendations. I do not have the specifics off the top of my head, but I would be happy to get them to you. However, I did read the report and the recommendations; they were excellent. We are taking them into consideration on an ongoing basis in policy formation.

Senator Callbeck: It would be interesting if you could get that information to us.

Ms. Ablonczy: I can certainly do that.

The Chair: Provide it to the committee's clerk, and we will all have a look at it.

Ms. Ablonczy: I am happy to do that.

Senator Martin: Thank you, Minister Ablonczy, for being here. I think there will be absolute support for this initiative. I cannot speak for everyone, but I am sure that will be the case just from looking at the expressions around the table and from what I have heard already from my two colleagues about the importance of this day.

I want to underscore what you mentioned in your presentation as well as in your answers about the role of the National Seniors Council. The important work that came out of that is the elder abuse campaign that was launched nationally.

A concrete example of the effect that a campaign such as that has had in my region is that I was speaking with a young man who has seen the advisements of elder abuse that came out of that study. We were having a conversation about elders, and he said, "That reminded me that I need to be more patient with grandma or with mom." It is a message that got through to Canadians of different generations, and it is something that is important for our society. The importance of these intergenerational relationships is paramount.

A campaign such as the elder abuse campaign, which was very successful, would be a great ongoing initiative if there was a budget as well as a focus from the National Seniors Council on the next campaign that may perhaps be launched. That is one area where I see our federal government being effective; namely, to have a clear message to shift people's values and understanding to support the seniors in our society. I wanted to let you know the impact that that campaign has had on the ground.

Nous examinons d'autres questions, mais ce sont là les principales jusqu'à maintenant.

Le sénateur Callbeck : Le gouvernement envisage-t-il de donner suite dès maintenant à certaines des recommandations de l'étude sur les aînés réalisée par le Sénat, une formidable étude qui renferme de nombreuses recommandations?

Mme Ablonczy : Les travaux avancent concernant certaines d'entre elles. Je crois qu'on a mentionné quelque chose au sujet d'une bombe. Quelqu'un se souvient-il du titre? Je sais que les fonctionnaires s'en souviennent. Quoi qu'il en soit, les sénateurs qui ont participé à l'étude reconnaissent qu'il y aura un profond changement.

Le gouvernement entend donner suite à certaines de ces recommandations. Je ne pourrais donner de détails à brûle-pourpoint, mais je vous les ferai parvenir avec plaisir. Toutefois, j'ai lu le rapport et les recommandations, que j'ai trouvés excellents. Nous en tenons invariablement compte dans nos travaux d'élaboration des politiques.

Le sénateur Callbeck : Ce serait intéressant que vous puissiez nous faire parvenir ces renseignements.

Mme Ablonczy : Certainement.

Le président : Faites-les parvenir à la greffière du comité, et nous y jetterons un coup d'œil.

Mme Ablonczy : Avec plaisir.

Le sénateur Martin : Merci, madame Ablonczy, d'être parmi nous. Je crois que nous appuierons sans réserve cette initiative. Je ne peux parler au nom de tous mes collègues, mais je suis certaine que c'est ce qui se produira si j'en juge d'après les expressions que je vois autour de la table et par ce que j'ai entendu mes deux collègues dire au sujet de l'importance de cette journée.

Je veux souligner ce que vous avez mentionné dans votre exposé ainsi que dans vos réponses au sujet du rôle du Conseil national des aînés. La campagne nationale contre l'exploitation des aînés est l'un des importants résultats des travaux du conseil.

La conversation que j'ai eue avec un jeune homme qui avait vu les publicités inspirées par cette étude illustre l'effet d'une telle campagne dans ma région. Nous discutons des aînés et il m'a dit que la publicité lui avait rappelé de faire preuve de plus de patience à l'égard de sa grand-mère et de sa mère. C'est un message qu'ont assimilé les Canadiens de générations différentes, et qui est important pour notre société. Ces relations entre les générations sont d'une importance primordiale.

Une campagne comme celle contre l'exploitation des aînés, qui a connu beaucoup de succès, serait une magnifique initiative permanente si on lui affectait des crédits et que le Conseil national des aînés formulait des orientations pour une éventuelle prochaine campagne. C'est un domaine où j'estime que notre gouvernement fédéral peut être efficace, c'est-à-dire où il peut transmettre un message clair pour modifier les valeurs et les perceptions des gens afin qu'ils appuient nos aînés. Je voulais que vous sachiez quel effet la campagne avait eu sur le terrain.

In terms of the New Horizons for Seniors Program, having a day that is symbolic but also an anchor or launching pad for a campaign for that year could be expressed and realized in a number of ways throughout the entire year, but starting with that day would be helpful. Many great projects came out of the applications that were successful for the New Horizons for Seniors Program, in that seniors are taking the initiative to be teachers themselves and to empower one another. The projects funded through the program include great programs and practices that could be shared across the country. One senior group in Toronto looked at a model and decided that they might try something as well. The potential is there for information exchange.

I see a national day as being a starting point for a year-long campaign, a theme or whatever may occur. These are just some ideas that have come to mind listening to you, as well as knowing the effect of some of the initiatives that have already taken place. Thank you for your work. Do you have any comments on that?

Ms. Ablonczy: I appreciate those insights. I personally think it is important not just to raise the consciousness of the Canadian population about the fact that some seniors — fortunately, it is not a large group, but if you are in that group it is large for you — suffer mistreatment, neglect, abuse and exploitation, but also to move from making that known to some concrete measures that will actually combat it. I put it to you that at some point there must be some consequences for some of this abuse that are targeted specifically to minimizing and reducing the incidents.

Sadly, much of this happens within the family setting. It needs some specific attention. We cannot let this get out of hand in our society. I do not think it is, but part of the elder abuse awareness campaign is so that we do shed light on this and ensure that society is aware that this is a serious issue.

Senator Eaton: Thank you, minister. This is both an interesting and a complex subject.

I noticed in the quick facts that most of the provinces and territories have their own seniors weeks and days. We tend to silo many things in this country from province to province. Will the National Seniors Council or your office try to share or become a resource centre so there becomes a focus in each of those provinces or will it only be in Ottawa? How will it happen? Obviously, it will be a national day. Will we have fireworks on Parliament Hill? How will we educate people that this is seniors day so that volunteer groups, libraries, et cetera think about what they can do to celebrate seniors in their communities?

Ms. Ablonczy: That is a good question. I mentioned earlier that I was pleased that my provincial and territorial colleagues were willing to support the celebration of seniors. However, we cannot

En ce qui a trait au programme Nouveaux horizons pour les aînés, cette journée symbolique pourrait servir de point de départ ou de rampe de lancement pour une campagne annuelle, pour des initiatives qui pourraient prendre diverses formes au cours de l'année, mais il serait utile de commencer par cette journée. Les demandes qui ont été acceptées dans le cadre du programme Nouveaux horizons pour les aînés ont engendré de nombreux et excellents projets; les aînés prennent l'initiative de devenir eux-mêmes des enseignants et de se donner mutuellement des outils. Les projets financés par l'entremise du programme comprennent d'excellents programmes et pratiques qu'on pourrait faire connaître à l'échelle du pays. Un groupe d'aînés de Toronto s'est inspiré d'un modèle pour tenter aussi quelque chose. Il existe des possibilités de mise en commun de l'information.

Je considère une journée nationale comme le point de départ d'une campagne d'une année, d'un thème ou de bien d'autres choses. Ce ne sont là que quelques idées que j'ai eues en vous écoutant, sachant l'effet de certaines des initiatives antérieures. Merci pour votre travail. Avez-vous des commentaires à formuler à ce sujet?

Mme Ablonczy : J'apprécie ces observations. À mon avis, il importe de sensibiliser la population canadienne aux mauvais traitements, à la négligence, à la violence et à l'exploitation dont sont victimes certains aînés — heureusement, ce n'est pas un grand groupe, mais si vous en faites partie, ce n'est pas négligeable. Toutefois, il ne suffit pas de diffuser ce message; il faut aussi prendre des mesures concrètes pour lutter contre le phénomène. Je vous signale qu'à un moment donné, cette exploitation doit engendrer des conséquences qui visent expressément à réduire le nombre et la gravité des incidents.

Malheureusement, cette exploitation se fait souvent dans un contexte familial. Il faut lui accorder une attention particulière. Nous ne pouvons permettre que ce phénomène se répande dans notre société. Je ne crois pas que ce soit le cas, mais la campagne de sensibilisation à l'exploitation des aînés veut entre autres faire la lumière sur la situation et s'assurer que la société sache qu'il s'agit d'un grave problème.

Le sénateur Eaton : Merci, madame la ministre. Il s'agit d'une question aussi intéressante que complexe.

J'ai remarqué dans les données sommaires que la plupart des provinces et territoires avaient leurs propres semaines et journées des aînés. Nous avons tendance, dans ce pays, à cloisonner de nombreuses choses d'une province à l'autre. Est-ce que le Conseil national des aînés ou votre cabinet tentera de partager ou de devenir un centre de documentation pour qu'il y ait un point central dans chacune de ces provinces ou est-ce que le tout sera concentré à Ottawa? Comment procédera-t-on? De toute évidence, il s'agira d'une journée nationale. Aurons-nous des feux d'artifice sur la Colline du Parlement? Comment ferons-nous savoir à la population que c'est la journée des aînés, de sorte que les groupes bénévoles, les bibliothèques, et cetera, réfléchissent à ce qu'ils peuvent faire pour célébrer les aînés dans leur collectivité?

Mme Ablonczy : C'est une bonne question. J'ai mentionné précédemment que j'étais heureuse que mes collègues des provinces et des territoires acceptent d'appuyer la célébration

call it "National Seniors Day" until you say yes. For example, my colleague in Newfoundland wrote to me saying that he had sent letters of congratulations to seniors groups in the province and had done some initiatives around the October 1 date already; others have written to me as well. I took a cake to all of the seniors centres in my riding — cake is always very popular. These initiatives are happening across the country. The provincial leaders have been supporting them as well.

Senator Eaton: Does that mean that Alberta, which has a seniors week June 7 to 13, will continue having a seniors week, and we will have a national day on top of that, or does it mean that they will gradually get behind you so that it becomes an important event in the national calendar or psyche?

Ms. Ablonczy: That would be up to them. You could say that if there are two different celebrations of seniors that is even better. We can celebrate and honour seniors in numerous ways at different times of the year, but they are supporting the idea of the October 1 date. It is also the International Day of Older Persons. I am pleased to see that. As they have their own day, week or month, they do not need to do so, but they are more than willing to support it.

The department put a good poster and postcard on the website. It shows a senior couple riding a motorcycle. My husband pointed to it and suggested that I might want to get with the program because he is always trying to get me on a motorcycle. These pictures were downloaded and displayed in various places across the country. More activity will occur around the October 1 time as well.

Senator Eaton: It could be a very unifying project.

Ms. Ablonczy: That is true. National days have that effect. That is one of the things we had hoped would happen.

Senator Braley: Thank you for visiting the committee. It is very much appreciated. I have a comment about ego and the warm and fuzzy feelings.

About 40 years ago, when my grandfather was aged 65, he said that he was looking to die in his early seventies. The mortality table has shifted dramatically now, and we have employees at my company who are aged 70 and are still at work; in fact, I have one who is aged 80. They do not look at themselves as seniors. The one who is aged 80 is starting to do so a little now. How do you deal with this sensitivity? We moved the Registered Retirement Savings Plan, RRSP, out to age 70. Maybe it should be extended to age 75, et cetera. We must be sensitive. There is a big ego involved here. I am aged 69, and I feel healthy. I do not even consider myself to be a senior. If I became sick, then I guess I might to some extent. However, that is a real problem. When you define "senior," there is an attachment to that word. To some extent, that might not be useful. All the statistics that you provided are ages 65 to 74 as to the number or percentage doing

des aînés. Toutefois, nous ne pouvons l'appeler la Journée nationale des aînés tant que vous n'aurez pas donné votre accord. Par exemple, mon collègue de Terre-Neuve-et-Labrador m'a écrit pour me dire qu'il avait fait parvenir des lettres de félicitations à des groupes d'aînés de la province et qu'il avait déjà réalisé certaines initiatives en rapport avec le 1^{er} octobre; d'autres m'ont aussi écrit. J'ai apporté un gâteau à tous les centres de personnes âgées de ma circonscription — le gâteau est toujours très populaire. Ces initiatives ont lieu partout au pays. Les dirigeants provinciaux les appuient eux aussi.

Le sénateur Eaton : Est-ce que cela signifie que l'Alberta, dont la semaine des aînés a lieu du 7 au 13 juin, continuera de célébrer cette semaine et que nous aurons en plus une journée nationale, ou cela signifie-t-il que la province vous appuiera graduellement pour que la journée devienne un événement important inscrit au calendrier ou dans la conscience collective?

Mme Ablonczy : Il reviendrait à la province ou au territoire de prendre cette décision. On pourrait dire que le fait d'avoir deux célébrations différentes des aînés est encore mieux. Nous pouvons célébrer et honorer les aînés de nombreuses façons à divers moments de l'année, mais ils appuient la date du 1^{er} octobre, qui coïncide avec la Journée internationale des personnes âgées. Je m'en réjouis. Puisqu'ils ont déjà leur propre journée, semaine ou mois, ils ne sont pas tenus de le faire, mais ils acceptent plus que volontiers de l'appuyer.

Le ministère a placé une affiche et une carte intéressantes sur le site web. On y voit un couple d'aînés à motocyclette. Mon mari me l'a fait remarquer et m'a proposé d'adhérer au programme parce qu'il essaie sans cesse de me faire faire de la moto. Ces images ont été téléchargées et exposées en divers endroits du pays. D'autres activités auront lieu vers le 1^{er} octobre.

Le sénateur Eaton : Ce pourrait être un projet rassembleur.

Mme Ablonczy : Effectivement. Les journées nationales ont cet effet. C'est une des choses que nous souhaitons.

Le sénateur Braley : Merci de rendre visite au comité. Je vous en suis très reconnaissant. J'ai un commentaire au sujet de l'ego et des sentiments réconfortants.

Il y a une quarantaine d'années, mon grand-père, alors âgé de 65 ans, a dit qu'il prévoyait mourir à un peu plus de 70 ans. Aujourd'hui, la table de mortalité a changé profondément et certains employés de ma société travaillent encore à 70 ans; en fait, un de mes employés a 80 ans. Ils ne se considèrent pas comme des aînés. Celui qui est âgé de 80 ans commence un peu à le faire. Comment aborder cette sensibilité? Nous avons repoussé l'âge limite du régime enregistré d'épargne-retraite, le REER, à 70 ans. Peut-être devrions-nous aller jusqu'à 75 ans, et cetera. Nous devons être sensibles. Il y a une question d'amour-propre ici. J'ai 69 ans, et je me sens en forme. Je ne me considère même pas comme un aîné. Si je tombais malade, je me sentirais peut-être comme un aîné, jusqu'à un certain point. Il reste que c'est un véritable problème. Le mot « aîné » véhicule toutes sortes de choses. Dans une certaine mesure, ce n'est peut-être pas utile de le

something. I do not have an answer for this; I am just sensitive to the fact that most of us would not like to consider ourselves to be “seniors” at this stage. That is some place down the road.

Ms. Ablonczy: I am with you. Every year, I am more with you.

Senator Braley: I do not know if I expressed it correctly, but I tried. Be sensitive. I understand the value of the day, the value of the focus and the big picture of a tent, but we have people who are aged 68. Even the province is talking about the fact that mandatory retirement no longer exists. Things have been changing, and we are living longer. Those mortality rates are probably heading now toward the late eighties rather than the mid-eighties. It is a sensitive issue. We all like to feel good about ourselves and do not like to be categorized, if I can put it in a simple term.

The Chair: I hope your 80-year-old employees do not include your football players. Minister, do you want to respond?

Ms. Ablonczy: Yes, I do. Senator Cordy mentioned “zoomers.”

Senator Cordy: Thank you.

Ms. Ablonczy: That word is appealing. We do not feel the way we felt about seniors when we were younger. We are different; there are no two ways about that. I think the age and the nomenclature is taken from the fact that government programs kick in around the 60 to 65 age group.

Senator Braley: However, that was another time with other mortality tables. Maybe they should be adjusted.

Ms. Ablonczy: That probably will not change. There certainly would be an outcry if it did.

I really believe that it will be zoomers themselves who will start to challenge, as you are already challenging, the old attitudes and nomenclature. Conferences are taking place. Officials in Human Resources and Skills Development Canada, HRSDC, are organizing a conference on attitudes of aging or the perception of aging.

I was visiting one seniors centre in Ontario and mentioned something about silver power. This woman who was showing me around snapped at me and said, “That is ageist.” It turns out that she is aged 80. This will be something that we do see shifting, and I think that is healthy. Sometimes, it is your attitude toward yourself that defines who you are and what you do.

Senator Ogilvie: Thank you, minister, for being here. I will not ask you a specific question, but I want to follow up on Senator Braley’s line of thinking here and comment on something that you have raised several times, namely, *Zoomer Magazine*, and so on. I think it is the most superficial thing that I have seen in a long time. I do not think that it treats the issues in the way that the group of us who are in that category live our lives. I, along with some others, believe that this is a new group of people that will

définir. Toutes les statistiques que vous avez présentées ont trait à des personnes de 65 à 74 ans, dont un certain nombre ou un certain pourcentage font quelque chose. Je n’ai pas de réponse; je suis seulement sensible au fait que la plupart d’entre nous n’aiment pas se percevoir comme des « aînés » à cet âge-là. Cela viendra plus tard.

Mme Ablonczy : Je vous comprends. Chaque année, je vous comprends davantage.

Le sénateur Braley : Je ne sais pas si je me suis bien exprimé, mais j’ai essayé. Soyez sensibles. Je comprends le bien-fondé de votre initiative et de votre objectif ainsi que le tableau d’ensemble, mais certaines personnes ont 68 ans. Même la province parle du fait que la retraite obligatoire n’existe plus. Les choses ont changé et nous vivons plus longtemps. L’espérance de vie est probablement en train de s’établir plus près de 90 ans que de 85 ans. C’est une question délicate. En deux mots, nous aimons tous avoir une bonne estime de soi et n’aimons pas être catégorisés.

Le président : J’espère que vos employés de 80 ans ne comprennent pas vos joueurs de football. Madame la ministre, souhaitez-vous répondre?

Mme Ablonczy : Oui. Le sénateur Cordy a mentionné les « zoomers ».

Le sénateur Cordy : Merci.

Mme Ablonczy : Ce mot est intéressant. Nous n’avons pas les mêmes sentiments à l’égard des aînés que lorsque nous étions plus jeunes. Il n’y a pas à dire, nous sommes différents. Je crois que l’âge et la terminologie viennent du fait que les programmes gouvernementaux s’appliquent à compter de 60 à 65 ans.

Le sénateur Braley : Toutefois, c’était une autre époque avec d’autres tables de mortalité. Peut-être qu’on devrait les rajuster.

Mme Ablonczy : Cela ne changera probablement pas. Il y aurait certainement un tollé si c’était le cas.

Je crois vraiment que ce sont les zoomers eux-mêmes qui lanceront la contestation, comme vous contestez déjà les vieilles mentalités et la vieille nomenclature. On organise des conférences. Les fonctionnaires de Ressources humaines et Développement des compétences Canada, RHDCC, organisent une conférence sur les mentalités à l’égard du vieillissement ou la perception du vieillissement.

Lors d’une visite à un centre pour personnes âgées en Ontario, j’ai mentionné quelque chose au sujet du pouvoir gris. La dame qui me servait de guide m’a apostrophée et m’a dit : « C’est une remarque âgiste ». Or, il s’avère qu’elle a 80 ans. C’est un changement auquel nous assisterons et qui, à mon avis, est sain. Parfois, c’est votre perception de vous-même qui définit qui vous êtes et ce que vous faites.

Le sénateur Ogilvie : Merci d’être là, madame la ministre. Je ne vous poserai aucune question précise, mais j’aimerais poursuivre dans la ligne de pensée du sénateur Braley et commenter des propos que vous avez tenus plusieurs fois, c’est-à-dire au sujet du *Zoomer Magazine* et ainsi de suite. Je crois qu’il s’agit de la chose la plus superficielle que j’aie vue depuis longtemps. Je ne crois pas qu’on y traite des enjeux relatifs à la façon dont ceux parmi nous qui appartiennent à cette catégorie vivent leur vie. Je crois, et je ne

have a large impact on society. The issues are much more than superficial, glossy and silly. I am dropping my subscription to that organization as a result.

Ms. Ablonczy: Since it is a commercial enterprise, I guess people will vote on whether they think it is worthwhile or not with their pocketbooks.

Senator Ogilvie: That is exactly what I mean.

Ms. Ablonczy: Having said that, it is an important indication that there is beginning to be more out-of-the-box thinking about getting older and about the cohort that is getting older. That is a good thing. Out-of-the-box thinking is always a good thing, in my opinion.

Senator Seidman: I wish to talk about concrete issues as opposed to the superficial ones. Our government has done some very concrete things. Many seniors, whatever we call them, or us, are on fixed incomes. We all ask about concrete things that we can do, that we have done and, hopefully, that we continue to do as a government. However, perhaps we could highlight some of the financial benefits that we have put forward that help seniors, for example, pension income splitting, which has been a huge benefit and is very popular.

Ms. Ablonczy: I have quite a laundry list of things that we have done. They are contained in the remarks before you. However, one of the most welcome was pension income splitting because it made literally hundreds of dollars of interest to many couples right away.

Sometimes, there are two pressures on retirement income. First, people are living longer and healthier lives. Programs that were designed to support you financially and to ensure that you had enough financial resources were not looking at a longer time frame. Pension income splitting really helps that. Second, many times, the cost of living goes up much faster than anything you can do to manage your investments. I hear about this a frequently from middle- and low-income Canadians in the older demographic. Their insurance will skyrocket; the price of fuel, as you know, can sometimes take a big spike. People see the calls on their finances increase quite significantly in a number of areas. If they have a medical problem, the cost of pharmaceuticals can be a new and significant impact.

We want to ensure that people who have worked hard, have saved and have done all the prudent things that our society felt was important to prepare for older years continue to be supported in the way that they need to be supported.

Senator Cordy: Thank you, again. I was a member of the Special Senate Committee on Aging, so I appreciate the comments that you made about the work that we have done. It was a study that was near and dear to each of us who were on the committee.

suis pas le seul, qu'il s'agit d'un nouveau groupe de personnes qui aura de profondes répercussions sur la société. Les enjeux sont beaucoup plus que superficiels, tape-à-l'oeil et farfelus. C'est pourquoi j'annule mon abonnement à cet organisme.

Mme Ablonczy : Puisqu'il s'agit d'une entreprise commerciale, je suppose que c'est avec leur portefeuille que les gens feront savoir s'ils jugent l'entreprise valable ou non.

Le sénateur Ogilvie : C'est justement ce que je veux dire.

Mme Ablonczy : Cela dit, il s'agit d'un signe révélateur que la réflexion sur le vieillissement et la cohorte qui vieillit commence à sortir des sentiers battus. C'est une bonne chose. À mon avis, c'est toujours bon que la réflexion sorte des sentiers battus.

Le sénateur Seidman : J'aimerais parler d'enjeux concrets plutôt que d'enjeux superficiels. Notre gouvernement a fait des choses très concrètes. De nombreux aînés, ou peu importe le mot que nous utilisons, ont un revenu fixe. Nous nous interrogeons tous sur les mesures concrètes que nous pouvons prendre, que nous avons prises et, espérons-le, que nous continuerons de prendre en tant que gouvernement. Toutefois, nous pourrions peut-être souligner les bénéfices financiers que nous avons accordés pour aider les aînés, par exemple, le fractionnement du revenu de pension, qui a procuré un énorme avantage et qui est très populaire.

Mme Ablonczy : J'ai une longue liste de choses que nous avons faites. Vous la trouverez dans les remarques qu'on vous a remises. Toutefois, l'une des mesures les mieux accueillies a été le fractionnement du revenu de pension parce qu'elle a littéralement généré des centaines de dollars en intérêts pour de nombreux couples.

Parfois, une double pression s'exerce sur le revenu de retraite. Tout d'abord, les personnes vivent plus longtemps et en meilleure santé. Les programmes conçus pour vous appuyer financièrement et veiller à ce que vous disposiez de suffisamment de ressources financières ne prévoyaient pas une espérance de vie plus longue. Le fractionnement du revenu de pension est vraiment utile à cet égard. Deuxièmement, le coût de la vie augmente souvent beaucoup plus rapidement que le rendement des investissements, peu importe la façon dont on les gère. Des Canadiens âgés à moyen et à faible revenu m'en parlent souvent. Leurs primes d'assurance monteront en flèche; le prix du carburant, comme vous le savez, peut parfois bondir. Dans de nombreux domaines, les gens voient leurs obligations financières augmenter considérablement. S'ils ont un problème de santé, le coût des produits pharmaceutiques peut devenir un nouveau et lourd fardeau.

Nous voulons nous assurer que les gens qui ont travaillé fort, qui ont économisé et qui ont pris toutes les mesures de prudence que notre société estimait importantes pour se préparer à la vieillesse continuent de recevoir le soutien nécessaire.

Le sénateur Cordy : Merci encore. J'étais membre du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement; j'apprécie donc les commentaires que vous avez formulés au sujet de nos travaux. C'est une étude que tous les membres du comité avaient à cœur.

You talked about Canada's Economic Action Plan and the building of housing for low-income seniors. Was this cost shared 50-50 with the provinces, or was it shared in thirds with the municipalities? I am not sure if you have this information with you, but could you send us a list of where these housing units have been built?

Ms. Ablonczy: I think it was cost-shared, but I will find that out for you.

About \$500 million was put into low-income housing for seniors specifically. These houses are being built across the country. With these funds, we have taken the direction of the provinces and territories as to where they want that money spent. They do some consultations in their own area and then deploy the funds where they feel they will have the biggest bang for the buck.

Senator Cordy: Would you be able to send the committee that list?

Ms. Ablonczy: Absolutely, yes.

Senator Cordy: Thank you. We are all from different regions, and we always want to know what was built in our province or region.

Ms. Ablonczy: Some of it is just being built as well.

Senator Cordy: Does it have to be built before the end of March?

Ms. Ablonczy: I do not believe so.

Senator Cordy: Will it be extended?

Ms. Ablonczy: I do not know if it will be extended, but it is a program that has been allocated. Some of the projects are under way and some are still being announced.

My ever-efficient staff pointed me to the government response to the 2009 report that Senator Cordy mentioned called *Canada's Aging Population: Seizing the Opportunity*. The other report that I mentioned was called *The Demographic Time Bomb: Mitigating the Effects of Demographic Change in Canada*, and that was the Standing Senate Committee on Banking, Trade and Commerce. Those are the two reports. I have here a summary of our response to the 2009 report on *Canada's Aging Population: Seizing the Opportunity*, and I would be happy to table that with the committee. If you have any further questions, please do not hesitate to get in touch with me.

The Chair: Thank you, minister, and thank you, colleagues. As the minister says, it is not "National Seniors Day" until we say yes. You are welcome to stay, minister, because this will be done before you get out the door anyway.

Let me ask the standard questions. First, is it agreed that the committee proceed to clause-by-clause consideration of Bill C-40, An Act to Establish a National Seniors Day?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Shall the title stand postponed?

Vous avez parlé du Plan d'action économique du Canada et de la construction de logements pour les personnes âgées à faible revenu. Ce coût a-t-il été partagé à parts égales avec les provinces, ou les municipalités en ont-elles assumé le tiers? J'ignore si vous avez ces renseignements à portée de la main, mais pourriez-vous nous faire parvenir une liste des endroits où ces logements ont été construits?

Mme Ablonczy : Je crois que les frais ont été partagés, mais je me renseignerai pour vous.

Nous avons affecté environ 500 millions de dollars aux logements à loyer modéré réservés aux aînés. Ces logements sont construits partout au pays. Avec cet argent, nous avons respecté les orientations des provinces et territoires quant aux endroits où dépenser cet argent. Ils procèdent à des consultations sur leur propre territoire avant de dépenser les fonds là où ils en auront le plus pour leur argent.

Le sénateur Cordy : Pourriez-vous faire parvenir cette liste au comité?

Mme Ablonczy : Oui, certainement.

Le sénateur Cordy : Merci. Nous provenons tous de régions différentes et nous aimons toujours savoir ce qui a été construit dans notre province ou notre région.

Mme Ablonczy : Certains logements sont en construction.

Le sénateur Cordy : La construction doit-elle être terminée avant la fin mars?

Mme Ablonczy : Je ne crois pas.

Le sénateur Cordy : Le programme sera-t-il prolongé?

Mme Ablonczy : Je ne sais pas s'il sera prolongé, mais c'est un programme auquel les crédits ont déjà été affectés. Certains des projets sont en cours et certains font encore l'objet d'annonces.

Mon personnel, avec toute l'efficacité qu'on lui connaît, a attiré mon attention sur la réponse du gouvernement au rapport de 2009 qu'a mentionné le sénateur Cordy, intitulé *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser*. L'autre rapport que j'ai mentionné est celui du Comité sénatorial permanent des banques et du commerce intitulé *La bombe à retardement démographique : Atténuer les effets des changements démographiques au Canada*. Ce sont les deux rapports. J'ai ici un résumé de notre réponse au rapport de 2009 intitulé *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser*, que je serais heureuse de déposer devant le comité. Si vous avez d'autres questions, n'hésitez pas à communiquer avec moi.

Le président : Merci, madame la ministre, et merci, chers collègues. Comme l'a dit la ministre, ce ne sera pas la « Journée nationale des aînés » tant que nous n'aurons pas dit oui. Nous vous invitons à rester, madame la ministre, puisque, de toute façon, tout cela sera terminé avant que vous ne passiez la porte.

Permettez-moi de poser les questions habituelles : tout d'abord, est-il convenu de procéder à l'étude article par article du projet de loi C-40, Loi instituant la Journée nationale des aînés?

Des voix : D'accord.

Le président : L'étude du titre est-elle reportée?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Shall the preamble stand postponed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Shall clause 1 stand postponed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Shall clause 2 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Shall clause 3 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Back to clause 1. Shall clause 1 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Shall the preamble carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Shall the title carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: No one wants to change it to “National Senators Day?” That is carried.

Shall the bill carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Does the committee want to consider appending observations to the report?

Hon. Senators: No.

The Chair: Is it agreed that I report this bill to the Senate with no amendments and no observations?

Hon. Senators: Agreed.

The Chair: Thank you. It is done.

Ms. Ablonczy: Thank you.

The Chair: We now have a “National Seniors Day,” minister.

Ms. Ablonczy: Thank you. It is a good day for Canada.

The Chair: Colleagues, we will stand recessed for a few minutes, and then we will proceed with the in camera portion of our committee.

(The committee continued in camera.)

OTTAWA, Thursday, October 21, 2010

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:30 a.m. to study Canada’s pandemic preparedness.

Senator Art Eggleton (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Good morning, and welcome to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

Des voix : D’accord.

Le président : L’étude du préambule est-elle reportée?

Des voix : D’accord.

Le président : L’étude de l’article 1 est-elle reportée?

Des voix : D’accord.

Le président : L’article 2 est-il adopté?

Des voix : D’accord.

Le président : L’article 3 est-il adopté?

Des voix : D’accord.

Le président : Nous retournons à l’article 1. L’article 1 est-il adopté?

Des voix : D’accord.

Le président : Le préambule est-il adopté?

Des voix : D’accord.

Le président : Le titre est-il adopté?

Des voix : D’accord.

Le président : Personne ne veut le changer pour en faire la « Journée nationale des sénateurs »? Adopté.

Le projet de loi est-il adopté?

Des voix : D’accord.

Le président : Est-ce que le comité désire joindre des observations au rapport?

Des voix : Non.

Le président : Est-il convenu que je fasse rapport du projet de loi au Sénat sans amendements et observations?

Des voix : D’accord.

Le président : Merci. C’est terminé.

Mme Ablonczy : Merci.

Le président : Madame la ministre, nous avons maintenant une « Journée nationale des aînés ».

Mme Ablonczy : Merci. C’est une bonne journée pour le Canada.

Le président : Chers collègues, la séance est suspendue pour quelques minutes; le comité poursuivra ensuite ses travaux à huis clos.

(Le comité poursuit ses travaux à huis clos.)

OTTAWA, le jeudi 21 octobre 2010

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd’hui, à 10 h 30, pour étudier la préparation du Canada en cas de pandémie.

Le sénateur Art Eggleton (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Bonjour et bienvenue au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

We continue our study on pandemic preparedness and response, and today we focus particularly on on-reserve First Nations and Inuit communities.

We have two panels. The first panel will run from now until 11:30 a.m., and then we will pick up on the second panel. On the first panel, we have Dr. Isaac Sobol, Chief Medical Officer of Health for the Government of Nunavut; Ron Evans, Grand Chief of the Assembly of Manitoba Chiefs; Shelagh Jane Woods, Director General, Primary Health Care and Public Health Directorate, First Nations and Inuit Health Branch for Health Canada. That is a lot to put on a business card. We also have someone we have seen before, Dr. Paul Gully, Senior Medical Advisor at Health Canada.

I will take you in that order, unless you have a preference for switching it around.

Welcome to Dr. Sobol, from Nunavut.

Dr. Isaac Sobol, Chief Medical Officer of Health, Government of Nunavut: Good morning, and thank you. I am giving you a perspective from Nunavut, which, as I am sure you know, has an 85 per cent Inuit population base. Basically I want to speak about some positive aspects of the H1N1 response for Nunavut and some cautions with respect to the national response for First Nations, Metis and Inuit.

I do not know if you have received the notes that I sent out in advance.

The Chair: Yes, we did.

Dr. Sobol: Then it will be very simple. Nunavut had, I felt, a very positive response to H1N1, and we received help when we asked for it. Health Canada sent in communications staff. We only have one person in communications in our whole department. The Public Health Agency of Canada, PHAC, assisted us with pandemic planning and developing an incident command structure.

SAC is the Special Advisory Committee on H1N1, which you have probably heard about before. That communication with Nunavut provided a pan-Canadian forum for discussion and information exchange, which was extremely valuable. Guidelines were developed, in terms of responding to H1N1, to be modified or used as seen fit by provinces and territories, and these were developed by expert groups and made available via the PHAC and the Special Advisory Committee on H1N1. They were extremely useful in helping us respond to the pandemic.

Nunavut received all of its H1N1 vaccine right away. All of our communities were designated as isolated, and it was decided that isolated, rural and remote communities would be given their allocation of vaccine. We did not have to do any prioritization with different parts of the population.

Aujourd'hui, nous poursuivons notre étude sur l'état de préparation du Canada en cas de pandémie, et plus particulièrement celui des collectivités des Premières nations et inuites qui vivent dans les réserves.

Nous accueillons deux groupes de témoins. Le premier aura jusqu'à 11 h 30, puis nous passerons au deuxième groupe de témoins. Le premier groupe comprend le Dr Isaac Sobol, médecin hygiéniste en chef du gouvernement du Nunavut; M. Ron Evans, Grand chef de l'Assemblée of Manitoba Chiefs; Mme Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaire et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada. Voilà qui fait beaucoup de choses à mettre sur une carte d'affaires. Et nous accueillons également quelqu'un que nous avons déjà rencontré, le Dr Paul Gully, conseiller médical principal de Santé Canada.

Je vous donnerai la parole selon cet ordre, à moins que vous n'ayez une préférence pour une autre façon de procéder.

Bienvenue, docteur Sobol, du Nunavut.

Dr Isaac Sobol, médecin hygiéniste en chef, gouvernement du Nunavut : Bonjour et merci. Je vous parlerai du point de vue du Nunavut dont la population est à 85 p. 100 inuite, chose que vous savez assurément. Je voudrais aborder certains aspects positifs pour le Nunavut de la réponse à la grippe H1N1 et vous faire part de certaines réserves des Premières nations, des Métis et des Inuits concernant la réponse nationale.

Je ne sais pas si vous avez reçu les notes que je vous ai envoyées à l'avance.

Le président : Oui, nous les avons reçues.

Dr Sobol : Par conséquent, les choses seront simples. J'estime que le Nunavut a eu une réponse très positive à l'épidémie de grippe H1N1, et nous avons obtenu l'aide que nous avions demandée. Santé Canada nous a envoyé du personnel chargé des communications. Pour tout le ministère, nous n'avons qu'une seule personne qui s'occupe des communications. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) nous a aidés à planifier la pandémie et à élaborer une structure de commandement en cas d'incident.

Le CCS est le Comité consultatif spécial sur la grippe H1N1, dont vous avez probablement entendu parler. Ce lien de communication avec le Nunavut a permis d'établir un forum pancanadien de discussions et d'échanges d'information qui s'est avéré extrêmement utile. Les lignes directrices qui ont été élaborées, notamment pour réagir à la grippe H1N1, pouvaient être modifiées ou utilisées selon les besoins par les provinces et les territoires. Ces lignes directrices ont été élaborées par un groupe de spécialistes et rendues disponibles par l'ASPC et le Comité consultatif spécial sur la grippe H1N1. Tout cela s'est avéré extrêmement utile pour nous aider à réagir à la pandémie.

Le Nunavut a reçu tous ses vaccins H1N1 immédiatement. Toutes nos collectivités ont été désignées comme étant isolées et il fut décidé que les collectivités isolées, rurales et éloignées recevraient leurs lots de vaccins. Nous n'avons pas eu à établir de priorité pour différents groupes de population.

Our department itself was able to mobilize resources and focus our efforts on response to H1N1. We did a very positive response. I do not know if you saw the background material that I sent about the waves of the epidemic in Nunavut. I sent another background paper that showed the first wave and the second wave in Nunavut versus Canada. We had the highest rates of hospitalization in Canada in the first wave, but we actually avoided a second wave of H1N1 with our mass vaccination clinics.

I sent a presentation that was given to the Canadian Public Health Association, CPHA, in June that had a detailed description of our response. I was told that might have been made available to you.

From the Nunavut perspective, I felt that we had a lot of support. The response was very positive, but there were some challenges, I felt. I represent Nunavut on the Pan-Canadian Public Health Network Council. I also sit on the advisory board for the National Collaborating Centre for Aboriginal Health, NCCAH; and the advisory board for the Institute of Aboriginal Peoples' Health of CIHR. — Canadian Institutes of Health Research. I have worked for 20 years in Aboriginal health, so my whole medical career has been working with and for Aboriginal people, First Nations, Metis and Inuit.

I felt there were some challenges, and our deputy minister and I reviewed this, so this is a Nunavut perspective. Requests for guidelines for Aboriginal populations were not responded to in an efficient manner. This is through the national public health forum. No guidelines were developed specifically for First Nations, Metis or Inuit. Instead, a task group was developed on rural, remote and isolated communities. Attendance at the teleconferences for that task group was not possible for a majority of the calls. There were just too many demands being put on jurisdictions.

The guidelines that were eventually developed by this task group were not available in a timely manner. Therefore, I know that Nunavut was not able to use them; and I do not want to speak for another jurisdiction, but the Chief Medical Officer of Health for the Northwest Territories said that she also did not have a chance to use them because they came in so late.

There was, at one point in the discussion of the Public Health Network Council, the report that an expert group found that Aboriginal people, regardless of place of residence or socio-economic status, were more vulnerable to adverse outcomes from H1N1 than other population groups. This was not really addressed by the special advisory committee.

Notre ministère est parvenu à mobiliser des ressources et à centrer nos efforts sur la réponse à donner à la grippe H1N1. Nous avons pu ainsi intervenir de manière très positive. Je ne sais pas si vous avez pris connaissance des documents d'information que je vous ai envoyés concernant les vagues de pandémie au Nunavut. J'ai aussi envoyé un autre document d'information sur la première vague et sur la deuxième vague au Nunavut par rapport à celles qui ont touché le Canada. Au cours de la première vague, nous avons connu le plus fort taux d'hospitalisation au Canada, mais nous avons évité une deuxième vague de H1N1 grâce à nos cliniques de vaccination systématique.

Je vous ai envoyé le texte d'une présentation qui a été faite à l'Association canadienne de santé publique (ACSP) en juin et qui contient une description détaillée de notre intervention. On m'a dit que cela pouvait être à votre disposition.

Du point de vue du Nunavut, j'estime que nous avons eu beaucoup de soutien. La réponse a été très positive, mais j'estime qu'il y a eu certaines difficultés. Je représente le Nunavut au sein du Réseau pancanadien de santé publique. Je siège également au Comité consultatif du Centre national de collaboration de la santé autochtone (CNCSA) et aussi au Comité consultatif de l'Institut de la santé des Autochtones de l'IRSC — Instituts de recherche en santé du Canada. J'ai travaillé pendant 20 ans dans le domaine de la santé des Autochtones, de sorte que ma carrière entière s'est passée auprès des Autochtones, des Premières nations, des Métis et des Inuits.

J'estimais qu'il y avait certains défis à relever et le sous-ministre et moi-même avons réexaminé la situation. Je vous donne donc le point de vue du Nunavut. On n'a pas donné suite de manière appropriée aux demandes de lignes directrices pour les populations autochtones. Cette demande a été faite par l'entremise du Forum sur la santé publique nationale. Aucune ligne directrice n'a été élaborée spécifiquement pour les Premières nations, les Métis ou les Inuits. On a plutôt mis sur pied un groupe de travail sur les collectivités rurales, éloignées et isolées. Dans la majorité des cas, les appels n'ont pas permis la participation du groupe de travail aux appels conférences. Il y avait tout simplement trop d'exigences pour les juridictions.

Éventuellement, ce groupe de travail a fini par élaborer des lignes directrices, mais celles-ci n'ont pas été disponibles en temps opportun. Par conséquent, je sais que le Nunavut n'a pu les utiliser et je me garde bien de parler pour d'autres secteurs de compétence, mais le médecin hygiéniste en chef des Territoires du Nord-Ouest m'a également dit qu'elle n'avait pas eu la possibilité de les utiliser, parce qu'elles ont été fournies trop tard.

Lors d'échanges au sein du Réseau pancanadien de santé publique, il a été question du rapport d'un groupe d'experts qui avait constaté que les peuples autochtones, peu importe le lieu de résidence ou la situation socioéconomique des populations, étaient plus vulnérables aux effets négatifs de la grippe H1N1 que d'autres groupes de population. Cet aspect n'a pas été véritablement abordé par le comité consultatif spécial.

Finally, there was a request in that forum from the chief medical officers of health to have a meeting to discuss the impact of H1N1 specifically in Aboriginal communities. That request was not supported, and the meeting did not take place.

Finally, on a more global perspective, at present, still, no mechanism exists for formal, ongoing First Nations, Métis or Inuit participation in public health issues or pandemic planning within the structure of the public health network. Requests for special assistance for First Nations committees during H1N1 were seen as being political at the special advisory committee, and they were reluctant to respond to what they saw as political requests.

Thank you for letting me give you these brief remarks today.

The Chair: Thank you very much.

Let me move to the Grand Chief of the Assembly of Manitoba Chiefs, Ron Evans.

Ron Evans, Grand Chief, Assembly of Manitoba Chiefs: Thank you very much, and good morning. I am Grand Chief of the Assembly of Manitoba Chiefs, AMC. I would like to thank the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology for inviting me here today to speak on issues concerning Canada's past pandemic preparedness and lessons learned from Canada's response to the 2009 H1N1 pandemic virus. This is a very critical issue that had significant impact on the First Nations of Manitoba.

I was about to introduce to you Chief David McDougall, but I do not know if he has arrived. He has accompanied me, and perhaps he will be here before I finish my presentation. He is the chief whose community was gravely affected by the H1N1 pandemic and sounded the alarm for all Manitobans to take this pandemic seriously.

The H1N1 virus was a world health threat that affected Manitoba First Nations at a rate disproportionate to the general public. This was due to a number of factors present in our First Nations, including poverty, lack of access to health care, overcrowded housing and access to those essential elements related to acceptable standards of living, such as access to water and sewer, along with other services that the rest of Canada enjoys.

Living conditions in many of Manitoba's First Nations communities places our residents at much greater risk than the general public and facilitated a rapid spread of the H1N1 virus. With any pandemic, such as we learned from H1N1, immediate action and ongoing preparedness is necessary to respond and provide critical tools, supplies and health services to our people. During the pandemic, Manitoba First Nations, using the organizational structure of the Assembly of Manitoba Chiefs, together with a tripartite working committee, prepared for the potential pandemic by establishing the First Nations critical incident management system. Together, we developed a four-month work plan to deal with the anticipated second wave of the

Finalement, les médecins hygiénistes en chef ont demandé, dans le cadre de ce forum, une rencontre pour discuter des retombées de la grippe H1N1 particulièrement dans les collectivités autochtones. Personne n'a appuyé la demande et la rencontre n'a donc pas eu lieu.

D'un point de vue plus général, je dirais qu'il n'existe toujours pas de mécanisme officiel de participation constante des Premières nations, des Métis ou des Inuits aux débats de santé publique ni aux efforts de planification en cas de pandémie dans le cadre du réseau de santé publique. Les demandes d'aide spéciale formulées par les comités des Premières nations au cours de la pandémie de H1N1 ont été perçues comme des démarches politiques par le comité consultatif spécial, qui a hésité à y donner suite à ce qu'il percevait comme des demandes à caractère politique.

Merci de m'avoir fourni l'occasion de vous faire part de ces brèves observations aujourd'hui.

Le président : Je vous remercie beaucoup.

Passons maintenant au grand chef de l'Assembly of Manitoba Chiefs, M. Ron Evans.

Ron Evans, grand chef, Assembly of Manitoba Chiefs : Merci. Je suis grand chef de l'Assembly of Manitoba Chiefs (AMC). Je tiens à remercier le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie de m'avoir invité à prendre la parole sur des questions qui touchent les préparatifs passés du Canada en prévision d'une pandémie et des leçons apprises de la réponse du Canada à la pandémie du H1N1 en 2009. Il s'agit d'une question très sensible qui a eu des répercussions importantes pour les Premières nations du Manitoba.

J'allais vous présenter le grand chef David McDougall, mais je ne sais pas s'il est arrivé. Il m'accompagnait et peut-être sera-t-il ici avant que je finisse mon exposé. C'est le chef de la collectivité qui a été gravement touchée par la pandémie de H1N1 et qui a sonné l'alarme afin que tous les Manitobains prennent la pandémie au sérieux.

Le virus du H1N1, une menace mondiale pour la santé, a touché les Premières nations du Manitoba de façon disproportionnée par rapport au grand public. Cela est attribuable à un certain nombre de facteurs qui caractérisent nos Premières nations, y compris la pauvreté, le manque d'accès aux soins de santé, les logements surpeuplés et l'accès aux éléments essentiels reliés à des conditions de vie acceptables, c'est-à-dire l'accès à l'eau et aux égouts, de même qu'à d'autres services dont profite le reste du Canada.

Les conditions de vie dans plusieurs collectivités des Premières nations du Manitoba font en sorte que nos résidents sont à risque plus élevé que le grand public, ce qui a favorisé la propagation rapide du virus H1N1. Dans toute pandémie, comme nous l'avons appris lors la grippe H1N1, il faut intervenir immédiatement et avoir déjà des préparatifs en place pour réagir et pour donner les outils essentiels, les fournitures et les services de santé à nos gens. Lors de la pandémie, les Premières nations du Manitoba ont utilisé la structure organisationnelle de l'Assembly of Manitoba Chiefs, de même que celle d'un comité de travail tripartite mis sur pied en prévision d'une pandémie en créant un système de gestion des incidents pour les Premières nations. Ensemble, nous avons

influenza, the core of which was the delivery of a training program on the First Nations critical incident management system, designed to train local health officials from Manitoba First Nations to set up incident command centres in each First Nation community.

These command centres acted as nerve centres on each First Nation to respond to local emergencies around the pandemic to prepare for the fall flu season and assist the communities in preparing their respective pandemic plans.

On June 24, 2009, with the support of the AMC executive council, and on behalf of all Manitoba First Nations, I announced a state of emergency on the H1N1 pandemic, designed to ensure the safety of all First Nation citizens during this upcoming crisis and to hold governments responsible and accountable for taking the necessary measures to fulfill their fiduciary responsibility to First Nations.

During the first wave of the influenza outbreak, we know we were ill-prepared to deal with the impacts of a second surge, given that nursing stations in the North reached surge capacity almost immediately. We encountered a number of serious challenges and obstacles. Let me share these challenges and obstacles with you, since they are absolutely key in dealing with this and other similar issues facing First Nations.

The first are jurisdictional issues. Realizing the complexity of providing health services to First Nations communities, we began our interventions by establishing the tripartite working committee with the governments of Manitoba and Canada. As we completed our scanning and environmental analysis, designed and implemented the First Nation critical incident management system and the very necessary training programs for critical incident managers at the First Nation community level, we continually bumped up against the constitutionally prescribed roles of government and assigned roles of government agencies.

Adherence to these jurisdictional roles seriously delayed our progress in implementing our initiatives. It took extensive discussions and continual interventions at many different government levels to determine precisely who and what agency had the respective jurisdictional responsibility and, in some cases, the simple willingness to act in these important matters.

Second was the issue of decision-making capacity related to the jurisdictional issue, as you may expect, with the capacity and the complexity of making key decisions, particularly with reference to financial resources and their allocations.

Frequently, after identifying the necessary actions affecting the individual First Nation at the community level, and after also coming to a decision on jurisdiction, we were unable to obtain the

élaboré un plan de travail de quatre mois pour faire face à une deuxième vague anticipée de la grippe; l'élément central de ce plan était un programme de formation sur le système de gestion des incidents critiques des Premières nations, lequel était conçu pour former des responsables locaux de la santé appartenant aux Premières nations du Manitoba, afin de créer des centres de coordination dans chacune des collectivités des Premières nations.

Ces centres de coordination ou de commandement ont été des éléments névralgiques pour chacune des Premières nations afin de répondre aux urgences locales découlant de la pandémie et de faire des préparatifs en vue de la grippe d'automne et d'aider les collectivités à préparer leurs plans respectifs en cas de pandémie.

Le 24 juin 2009, avec le soutien du conseil exécutif de l'AMC et au nom de toutes les Premières nations du Manitoba, j'ai déclaré l'état d'urgence concernant la pandémie de H1N1 afin d'assurer la sécurité de tous les citoyens des Premières nations lors de la crise qui s'annonçait et aussi pour obliger les gouvernements à adopter les mesures nécessaires pour s'acquitter de leur responsabilité fiduciaire envers les Premières nations.

Nous savons aujourd'hui que lors de la première vague de l'épidémie de grippe nous étions mal préparés à faire face aux répercussions d'une deuxième vague, étant donné que les postes de soins infirmiers dans le Nord ont immédiatement atteint leur pleine capacité. Nous avons fait face à un certain nombre de défis graves et à des obstacles sérieux. Permettez-moi de partager avec vous les détails des défis et des obstacles auxquels nous avons été confrontés puisque ce sont des éléments clés pour faire face à ce type de problème et à d'autres questions similaires chez les Premières nations.

D'abord, il y a les questions de compétence. Compte tenu de la complexité d'offrir des soins de santé aux collectivités des Premières nations, nous avons amorcé nos interventions en établissant le fameux comité de travail tripartite avec les gouvernements du Manitoba et du Canada. Lors de l'analyse de l'environnement, de la conception et de la mise en œuvre du premier système de gestion des incidents critiques pour les Premières nations et lors de la mise en œuvre de programmes de formation essentiels pour les gestionnaires des incidents critiques au niveau des collectivités des Premières nations, nous nous sommes constamment heurtés aux rôles constitutionnels prescrits des gouvernements et aux rôles attribués aux agences du gouvernement.

Le respect de ces rôles en matière de compétence a grandement retardé nos progrès dans la mise en œuvre de nos initiatives. Il a fallu de longues discussions et des interventions continues à plusieurs niveaux des gouvernements pour déterminer avec précision qui étaient les personnes et les organismes ayant les compétences respectives et, dans certains cas, lesquels avaient simplement la volonté d'agir sur ces questions importantes.

En deuxième lieu, il y avait la question de la capacité de prendre des décisions liées aux domaines de compétence, des décisions clés complexes, particulièrement en ce qui a trait aux ressources financières et à leur attribution.

Il est arrivé fréquemment qu'après avoir identifié les mesures nécessaires affectant une Première nation en particulier et qu'après en être venus à une décision concernant la compétence,

decision on the availability of the financial resources to proceed with the necessary action. This was particularly the case with Government of Canada agencies.

Third was vaccine availability, the prioritization and implementation plan. As with all jurisdictions in Canada and, for that matter, the world, we awaited the availability of a vaccine but were concerned that the predicted incidence of the flu virus might well occur before the vaccine was widely available. We also feared that our most vulnerable community members would not have access to the vaccine as distribution and prioritization plans were simply not fully articulated. Along with most other similar jurisdictions in Canada, it is somewhat surprising that these plans were not yet in place at the time of the outbreak. As we participated in the tripartite working committee, held briefing sessions with our communities and trained local persons for the incident command structure, we were constantly faced with a growing perception that the potential for a pandemic of serious proportions was imminent. We came to the conclusion that our best preparations would not have been sufficient for what was required to deal with an extensive pandemic, particularly because of our unique situation where many of our communities are small, many are remote and most are not well equipped with the necessary medical facilities.

We had serious concerns that we might be facing a pandemic that would exceed our available and accessible resources. The Government of Canada had a well-developed plan for dealing with the unique situation of First Nation communities. It was Annex B, entitled "Influenza Pandemic Planning Considerations in On Reserve First Nations Communities" and was part of a larger document. We are quite puzzled that the government chose not to implement that plan. Our operating principles include collaboration, cooperation and mutual respect in a context of problem-solving, recognizing that we have a treaty relationship with the Government of Canada, to whom these officials are duly accountable.

My overarching concerns relating to the H1N1 pandemic was that governments were not ultimately addressing the very conditions that make First Nations populations high-risk.

Our ongoing advocacy to address these conditions includes the following. As an economic matter, it is widely recognized that the maintenance of good health is more affordable over both the short and long term than dealing with a chronic illness. Prevention is key. Therefore, why is it that First Nations continue to face the substandard community realities that have long been identified and so well documented? Why are we not dealing with the physical conditions that simply continue to worsen, further increasing the risks of this particular pandemic, not to mention the already present high-risk factors of illnesses such as diabetes and obesity? What better opportunity is there to

nous étions incapables d'obtenir une décision sur la disponibilité de ressources financières pour mettre de l'avant les mesures requises. Cela était particulièrement le cas des agences du gouvernement du Canada.

En troisième lieu, il y a eu la disponibilité des vaccins, l'établissement des priorités et le plan de mise en œuvre. Comme dans le cas de tous les secteurs de compétence au Canada, et aussi partout dans le monde, nous avons attendu que les vaccins soient disponibles, mais nous étions préoccupés par le fait que l'incidence prévue du virus de la grippe pouvait se manifester avant que les vaccins ne soient disponibles. Nous avons également craint que les membres les plus vulnérables de notre collectivité ne puissent avoir accès aux vaccins tout simplement parce qu'il n'y avait pas de plan de distribution ni de priorité. Comme c'est le cas dans plusieurs autres secteurs de compétence similaires au Canada, il est plutôt surprenant que ces plans n'aient pas été en place au moment de la pandémie. Comme nous avons participé aux travaux du comité tripartite, qui a tenu des séances d'information avec nos collectivités et qui a permis de former des gens localement pour la structure de coordination, nous avons été constamment confrontés à l'imminence d'une pandémie aux proportions inquiétantes. Nous en sommes venus à la conclusion que tous nos préparatifs auraient été insuffisants pour faire face à une pandémie, particulièrement parce que nos collectivités sont de petite taille, que plusieurs sont éloignées et que la plupart ne disposent pas des installations médicales nécessaires.

Nous étions convaincus que nous aurions à faire face à une pandémie dont les effets excéderaient les ressources disponibles et accessibles. Le gouvernement du Canada disposait d'un plan bien élaboré pour traiter de la situation particulière des collectivités des Premières nations. Il est décrit à l'annexe B, intitulée « Considérations relatives au plan de lutte contre la pandémie d'influenza pour les collectivités des Premières nations vivant dans les réserves », qui fait partie d'un document plus large. Nous ne comprenons toujours pas pourquoi le gouvernement a décidé de ne pas donner suite à ce plan. Nos principes de fonctionnement reposent sur la collaboration, la coopération et le respect mutuel dans un contexte de résolution de problèmes tout en reconnaissant que nous avons des rapports fondés sur des traités avec le gouvernement du Canada, auquel les fonctionnaires doivent rendre compte.

Mes préoccupations très importantes concernant la pandémie de la grippe H1N1 étaient que les gouvernements n'abordaient pas, en fin de compte, les conditions mêmes qui font que les populations des Premières nations sont à risque élevé.

Nos démarches constantes pour aborder ces conditions comprennent les éléments suivants. Au plan économique, il est largement reconnu que le maintien d'un bon état de santé est plus abordable à court et à long terme que de guérir des maladies chroniques. La prévention est la clé. Par conséquent, pourquoi les Premières nations sont-elles toujours confrontées à des situations inférieures aux normes, situations qui ont été identifiées et qui sont bien documentées? Pourquoi ne traite-t-on pas des conditions matérielles qui continuent de se détériorer et qui continuent d'accroître les risques dans le cas de cette pandémie particulière, sans parler des facteurs de risque très élevés de maladie comme le

finally address the pervasive issue of substandard living conditions in First Nation communities than by addressing such a serious health issue?

In conclusion, it is entirely clear to me that the costs of dealing with these identified conditions of risk in a proactive manner would be an excellent investment in the present and future health of First Nations. This investment would also address, once and for all, the treaty responsibilities of the Government of Canada with respect to the very unequal living conditions of First Nations and ensure equality of access and resources over the long term. It is important, however, to reflect on this experience and provide feedback on what we have all learned from the first outbreak and in dealing with the potential second wave of H1N1 to be better prepared in the event that we face a pandemic in the future.

First and foremost, we, as First Nations, must lead the way when dealing with issues affecting our people and our communities. We must be the driving force, as we best understand the challenges our communities face. Only we can make the necessary recommendations, decisions and plans for our communities. We must lead on initiatives that directly impact our communities, but we need the support of all governments to address the health needs of our people and ensure that the necessary resources are secured.

In meeting with Minister Aglukkaq last week, we had the opportunity to reflect on the H1N1 pandemic a year later. Pandemic preparedness is beyond complex. It involves a web of individuals, organizations, agencies, federal and provincial departments, scientists, experts, doctors, nurses, researchers, technicians, leaders and front-line workers from around the world. Information is constantly changing amongst each of these respective groups and authorities at a rate faster than you can blink your eyes.

The sharing and transmission of information amongst this web is circling cities, provinces, countries and continents. At the same time, the media is paying close attention to the work of this web as a collective and individually reporting to the public the information that they gather. The point of our discussion is that this is a very serious concern that has wrapped the globe and has had devastating impacts on communities, groups and individuals.

We learned that we must all work together in a coordinated, unified manner and provide consistent messaging to the public. We must be honest, direct and timely with our messaging. We need to be organized and work collaboratively to provide the necessary information and tools to protect communities. We must work together as leaders to provide the public with the necessary resources for prevention and preparedness.

I would like to thank Minister Aglukkaq, our federal Minister of Health, and Minister Theresa Oswald, Manitoba's provincial Minister of Health, for demonstrating true leadership,

diabète et l'obésité? Quelle meilleure opportunité y a-t-il d'aborder finalement la question des conditions de vie inacceptables dans les collectivités des Premières nations? Pourquoi alors ne pas parler du grave problème de la santé?

En conclusion, il me paraît très clair que les coûts pour traiter des conditions de risque identifiées de manière proactive seraient un excellent investissement aujourd'hui et demain pour la santé des Premières nations. Cet investissement permettrait également d'aborder une fois pour toutes les responsabilités du gouvernement du Canada mentionnées dans les traités concernant les conditions de vie très inégales des Premières nations et d'assurer la qualité de l'accès aux soins et aux ressources à plus long terme. Toutefois, il importe de réfléchir à cette expérience et de fournir une rétroaction sur ce que nous avons appris de la première pandémie et de mieux nous préparer à une possible seconde vague de la grippe H1N1.

Nous devons d'abord et avant tout, en tant que Premières nations, prendre l'initiative lorsqu'il est question de problèmes qui touchent nos gens et nos collectivités. Nous devons être l'élément moteur puisque nous comprenons mieux les enjeux auxquels font face nos collectivités. Nous seuls pouvons faire les recommandations nécessaires, prendre les décisions qui s'imposent et planifier pour nos collectivités. Nous devons être à l'avant-garde des initiatives qui ont des répercussions directes pour nos collectivités, mais pour cela nous avons besoin du soutien de tous les gouvernements afin d'aborder les besoins en santé de nos populations et de faire en sorte que les ressources nécessaires sont disponibles.

Lorsque j'ai rencontré la ministre Aglukkaq la semaine dernière, nous avons eu l'occasion de réfléchir sur la pandémie de grippe H1N1 un an plus tard. Les préparatifs en cas d'une pandémie sont fort complexes. Ils font intervenir une pléiade d'individus, d'organisations, d'agences, de ministères fédéraux et provinciaux, de scientifiques, de spécialistes, de médecins, d'infirmières, de chercheurs, de techniciens, de leaders et de travailleurs de première ligne de partout dans le monde. Les renseignements sont en constantes évolution au sein de chacun des groupes et peuvent changer en un clin d'œil.

Le partage et la transmission de renseignements au sein de ce réseau englobent les villes, les provinces, les pays et les continents. Au même moment, les médias scrutent le travail de ce réseau et en rendent compte publiquement. L'essentiel de nos discussions est qu'il s'agit d'un problème très grave qui touche toute la planète et qui a des répercussions néfastes pour les collectivités, les groupes et les individus.

Nous avons appris que nous devons travailler ensemble et manière coordonnée et unifiée et donner un message cohérent au public. Nos messages doivent être honnêtes, directs et pertinents. Nous devons être organisés et nous devons travailler en collaboration pour fournir les renseignements outils nécessaires pour protéger les collectivités. Nous devons travailler ensemble en tant que leader pour donner au public les ressources nécessaires afin de prévenir une pandémie et de s'y préparer.

J'aimerais remercier la ministre Aglukkaq, notre ministre fédéral de la Santé, Mme Theresa Oswald, ministre de la Santé provinciale du Manitoba, qui ont fait preuve d'un véritable

compassion and understanding of the health care needs of Canadians, Manitobans and the First Nations of this country. They listened to our concerns and embraced us in true partnerships, a partnership of respect, trust and cooperation so critical when dealing with issues that have severe impacts on our communities as a whole. Both ministers made themselves available for regular phone calls and meetings, ensured follow-up on issues and instructed bureaucracies to act on a direction based on mutual decision making. It is these sincere partnerships that allow us to work together to ensure sustainable and accessible health care for First Nations people, Manitobans and Canadians. It is these sincere partnerships that allow us to move forward and develop solid plans and strategies to ensure the safety, health and well-being of all citizens.

[*Mr. Evans spoke in his native language.*]

Thank you.

The Chair: Thank you very much. Ms. Woods will speak for Health Canada. Mr. Gully is here to answer questions subsequently.

Shelagh Jane Woods, Director General, Primary Health Care and Public Health Directorate, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada: I would like to take this opportunity today to provide you with a description of some of Health Canada's key activities in pandemic preparedness and response in on-reserve First Nation communities during the H1N1 pandemic. I will cover the topics of planning, supplies, medications, immunization and communications.

First, let me start by describing some of the important work that occurred before the pandemic, and it was work that laid the foundation for the response efforts during H1N1.

[*Translation*]

For a number of years now, the First Nations and Inuit Health Branch of Health Canada has been working closely with the Public Health Agency of Canada to align our preparedness and response activities for on-reserve First Nation communities with the overall Canadian planning strategy.

Since 2006, the branch has been working with communities on emergency preparedness, planning, training, and integration with provinces and regional and local health authorities.

Before the start of the pandemic, approximately 80 per cent of First Nation communities already had a pandemic plan in place.

leadership, de compassion et de compréhension face aux besoins en soins de santé des Canadiens, des Manitobains et des Premières nations du pays. Elles ont écouté nos préoccupations et nous ont incorporés dans un véritable partenariat, un partenariat fondé sur le respect, la confiance et la coopération, éléments essentiels pour aborder ces problèmes qui ont des répercussions graves sur l'ensemble de nos collectivités. Les deux ministres se sont rendues disponibles pour des appels téléphoniques réguliers et des rencontres, elles ont assuré un suivi sur les questions et elles ont demandé aux fonctionnaires d'agir en fonction de décisions prises d'un accord mutuel. Ce sont de tels partenariats sincères qui nous permettent de travailler ensemble au maintien de soins de santé durables et accessibles pour les Premières nations, les Manitobains et les Canadiens. Ce sont de tels partenariats sincères qui nous permettent d'aller de l'avant et d'élaborer des plans et des stratégies solides qui assureront la sécurité, la santé et le bien-être de tous les citoyens.

[*M. Evans continue dans sa langue maternelle.*]

Merci.

Le président : Je vous remercie. Mme Woods parlera au nom de Santé Canada. M. Gully est ici pour répondre aux questions qui pourront suivre.

Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaire et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada : J'aimerais saisir l'occasion qui m'est offerte aujourd'hui pour vous décrire certaines des principales activités de Santé Canada en matière de préparation et d'intervention en cas de pandémie dans les collectivités des Premières nations vivant dans les réserves, activités qui ont été menées durant la pandémie de grippe H1N1. Je vous parlerai aussi de planification, des fournitures et des médicaments, de la vaccination et des communications.

Mais tout d'abord, je commencerai par vous décrire certaines des tâches les plus importantes qui ont été accomplies avant la pandémie de la grippe H1N1.

[*Français*]

Depuis un certain nombre d'années maintenant, la direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada collabore étroitement avec l'Agence de la santé publique du Canada, afin d'harmoniser ses activités de préparation et d'intervention destinées aux communautés des Premières nations vivant dans les réserves avec la stratégie canadienne de planification globale.

Dès 2006, la direction générale a travaillé en collaboration avec les communautés des Premières nations en ce qui concerne la préparation aux situations d'urgence, la planification, la formation et l'intégration avec les autorités provinciales ainsi que les autorités sanitaires régionales et locales.

Avant le début de la pandémie, environ 80 p. 100 des communautés des Premières nations avait déjà un plan de lutte contre les pandémies.

[English]

First Nations and Inuit Health Branch also developed Annex B: “Influenza Pandemic Planning Considerations in On Reserve First Nations Communities,” which Chief Evans mentioned, the Canadian pandemic influenza plan for the health sector in collaboration with PHAC, the Assembly of First Nations — AFN — and others, and we actually updated it during H1N1.

In 2008, we established a three-year work plan on pandemic preparedness and response with the AFN and PHAC. We feel that the long-standing relationships that were developed through collaboration with First Nations local leadership, with national Aboriginal organizations and with regional, provincial and federal partners proved to be instrumental during the H1N1 pandemic.

The H1N1 virus was present very early on in some First Nation communities, and, as Chief Evans noted, especially in some of the remote and isolated communities in Manitoba. The severity of many cases was very worrisome.

In wave one, Aboriginal people — including First Nations, Metis and Inuit — regardless of their place of residence, so beyond just the reserves, were very disproportionately represented in hospitalized cases in Manitoba, in people admitted to intensive care units and in death.

Aboriginal people accounted for fewer severe cases during the second wave. However, they continued to be overrepresented compared to the general population.

The Manitoba experience that Chief Evans talked about during the first wave of the H1N1 pandemic proved to be valuable lessons from which our regional office in Winnipeg — and in all of our regional offices across the country — First Nations and health authorities learned. They were able to adjust their actions in light of these lessons. At the same time, there were some success stories to help guide clinical and public health interventions as the disease progressed over the summer.

For example, the Province of Manitoba, in collaboration with our regional office, pre-positioned antivirals in a select number of First Nation communities that were experiencing H1N1 soon after the serious cases began to appear. This strategy was implemented by other provinces and territories shortly after.

With respect to personal protective equipment, PPE, for front-line health care providers, Health Canada, as any other employer, is responsible for the purchase of such supplies for its health care workers providing health care services in on-reserve First Nation communities. At the onset of H1N1, we pre-positioned the modest PPE stockpile in many on-reserve First Nation community nursing stations and other health facilities to supplement the routine PPE

[Traduction]

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) a aussi élaboré l'annexe B, *Considérations relatives au plan de lutte contre la pandémie d'influenza pour les communautés des Premières nations vivant dans les réserves*, qui a été mentionnée par le chef Evans, du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza (PCLP) pour le secteur de la santé, en collaboration avec l'ASPC, l'Assemblée des Premières Nations (APN) et d'autres partenaires. De plus, elle a mis à jour cette annexe pendant la pandémie de grippe H1N1.

De concert avec l'APN et l'ASPC, la DGSPNI a établi en 2008 un plan de travail triennal portant sur la préparation et l'intervention en cas de pandémie. Nous estimons que ces relations de longue date établies au fil de nos collaborations avec les dirigeants locaux des communautés des Premières nations, les organisations autochtones nationales ainsi que des partenaires régionaux, provinciaux et fédéraux ont été déterminantes pendant la pandémie de grippe H1N1.

Comme l'a noté le chef Evans, le virus H1N1 est apparu très tôt dans certaines communautés des Premières nations, en particulier dans les communautés éloignées et isolées du Manitoba et dans un grand nombre de cas, la gravité de la grippe avait de quoi inquiéter.

Durant la première vague de la pandémie, les Autochtones, y compris les Premières nations, les Métis et les Inuits, quel que soit leur lieu de résidence, ont été fortement surreprésentés pour ce qui est du nombre d'hospitalisations, d'admissions aux services de soins intensifs et de décès au Manitoba.

Bien que l'on ait observé moins de cas de grippe graves chez les Autochtones au cours de la seconde vague, la proportion de patients atteints dans ce segment de la population a continué d'afficher des taux plus élevés que dans la population générale.

L'expérience du Manitoba durant la première vague de la pandémie de grippe H1N1 à laquelle le chef Evans a fait allusion a fourni de précieux renseignements à notre bureau régional, et aussi à tous nos bureaux régionaux. Les autorités des Premières nations et du secteur de la santé ont également beaucoup appris de ces événements et ont pu adapter leurs interventions. Parallèlement, les succès obtenus ont permis d'orienter les interventions en soins cliniques et en santé publique à mesure que la pandémie de grippe H1N1 évoluait pendant l'été.

Par exemple, le gouvernement du Manitoba, en collaboration avec notre bureau régional a constitué des réserves d'antiviraux dans certaines collectivités des Premières nations peu de temps après l'apparition des premiers cas de grippe graves. D'autres provinces et territoires ont rapidement emboîté le pas à cette stratégie.

En ce qui a trait à l'équipement de protection individuelle (EPI) pour les prestataires de soins de santé de première ligne, il incombe à Santé Canada comme à tout autre employeur de fournir cet équipement à ses travailleurs de la santé qui donnent des services dans les collectivités des Premières nations vivant dans les réserves. Dès le début de la pandémie de la grippe H1N1, la DGSPNI a distribué sa modeste réserve d'EPI dans un grand

supplies that are already available. Then we made further purchases to ensure we had adequate supplies that would last, no matter how severe the disease would turn out to be.

With respect to the antivirals, our non-insured health benefits program took steps, on April 27, 2009, to cover prescription costs for antiviral medications on a case-by-case basis before provinces had released antivirals from provincial stockpiles to deal with outbreaks. This was because we did not want any delays in getting antivirals to people because it is necessary to administer them quickly for them to work.

As I mentioned earlier, learning from the outbreaks of H1N1 in Manitoba during the months of June and July, the First Nations and Inuit health regions of Health Canada worked with provinces to pre-position antiviral medications in all of the remote and isolated on-reserve First Nation communities, and then followed the provincial clinical care guidelines for dispensing and administering them.

We organized and held mass immunization clinics, a complementary activity, in most First Nation communities, beginning as early as October 26, when the vaccine was first available in some regions, following the provincial leads. The coverage rate amongst on-reserve First Nations overall for the vaccine was 64 per cent, which was significantly higher than the general population of Canada. The rates were particularly high in many of the northern communities, where access to timely medical care for acute illness can be very challenging.

This success can be attributed to the hard work of all levels of government, First Nations leadership and First Nation communities themselves. It relied, in many places, on long-standing arrangements with provinces around vaccine management.

We participated in all of the federal-provincial-territorial task groups under the pandemic coordinating committee to ensure that First Nation considerations were brought up and integrated at all levels of planning activities. We were members of the Special Advisory Committee on H1N1 that Dr. Sobol referenced in his remarks. We actually co-chaired the Remote and Isolated Communities Task Group, which Dr. Sobol also referenced.

With broad federal, provincial, territorial and Aboriginal representation, we produced public health guidance to address the unique challenges facing remote and isolated communities, many of which are First Nations. Like others, we were hard pressed to do this in a timely way, as Dr. Sobol noted, although I would add that it has left many useful products and information for the future.

nombre de postes de soins infirmiers et d'autres établissements de santé des communautés des réserves, afin de compléter l'éventail courant d'articles d'EPI déjà disponibles. Puis nous avons acheté d'autres articles pour s'assurer que les stocks suffiraient, peu importe la gravité de la pandémie.

En ce qui a trait aux antiviraux, notre programme des services de santé non assurés a pris des mesures le 27 avril 2009 afin de rembourser les frais d'ordonnance au cas par cas avant que les provinces ne fournissent des antiviraux à partir de leurs propres réserves pour lutter contre la pandémie. Nous ne voulions pas qu'il y ait de retard dans la distribution d'antiviraux en raison de la nécessité de les administrer rapidement afin qu'ils fassent effet.

Comme je l'ai mentionné précédemment, les régions de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada ont mis à profit les leçons tirées de l'explosion de grippe H1N1 survenue au Manitoba en juin et juillet. Ainsi, elles ont collaboré avec les autorités provinciales afin de constituer des réserves d'antiviraux dans toutes les communautés des réserves éloignées et isolées, puis elles se sont conformées aux directives provinciales en matière de soins cliniques pour la distribution et l'administration de ces antiviraux.

Nous avons organisé et tenu des cliniques de vaccination systématiques, une activité complémentaire dans la plupart des communautés des Premières nations, et ce, dès le 26 octobre lorsque le vaccin a été disponible dans certaines régions, suivant en cela l'exemple des autorités provinciales. Le taux de vaccination dans les communautés des Premières nations a été de 64 p. 100, ce qui est beaucoup plus élevé que pour l'ensemble de la population canadienne. En outre, les taux ont été particulièrement élevés dans nombre de communautés nordiques où l'accès rapide aux soins médicaux en cas d'atteinte aigüe peut être difficile.

Ce succès peut être attribué au travail acharné des intervenants de tous les ordres de gouvernement ainsi que des dirigeants des Premières nations et des communautés autochtones. A bien des endroits, cela a été rendu possible grâce à des ententes de longue date conclues avec les autorités provinciales sur la gestion des vaccins.

Nous avons participé à tous les groupes de travail FPT organisés sous l'égide du Comité de coordination de la pandémie (CCP) pour veiller à ce que les enjeux particuliers aux Premières nations soient pris en compte et intégrés à toutes les activités de planification. Nous avons fait partie du Comité consultatif spécial sur la grippe H1N1 auquel le Dr Sobol a fait référence dans son exposé. Et nous avons coprésidé le Groupe de travail des communautés éloignées et isolées, auquel le Dr Sobol a également fait référence.

Ces groupes qui réunissaient un grand nombre de représentants provinciaux, fédéraux, territoriaux et autochtones a produit des directives de santé publique visant à répondre aux enjeux hors du commun auxquels sont confrontées les communautés éloignées et isolées, dont bon nombre sont des communautés des Premières nations. Comme bien d'autres, nous avons subi de fortes pressions pour que tout cela se fasse en temps utile comme l'a noté le Dr Sobol. J'ajouterais que l'exercice nous a permis de conserver plusieurs produits et renseignements utiles pour le futur.

On the communications side, we learned that consistency in communications to all stakeholders and partners, and particularly to the First Nations leadership and on-reserve First Nation communities, is critical.

For that reason, the federal Minister of Health, along with other Health Canada and PHAC officials, made several visits to First Nation communities to discuss the impact of H1N1 in those communities and other H1N1 related issues, such as vaccine rollout.

Our regional offices communicated regularly with First Nation communities, either via information letters, regular teleconferences and visits, of course, to keep those communities abreast of new information. We also developed a communications protocol with Indian and Northern Affairs Canada, INAC, which is one important part of our two departments' collaborative efforts.

As a result of H1N1, I would say that the level of preparedness on-reserve has significantly increased. Despite that, however, we recognize that it is important to continue to help First Nation communities to prepare for future pandemics or, for that matter, for any other public health emergencies.

Since the pandemic, we have participated in several activities to review and learn from the H1N1 experience. We have already identified important lessons, and I think many of them relate to some of what Chief Evans said.

We must continue to work with partners and stakeholders to clarify roles and responsibilities at all levels of government pertaining to services provided to First Nations consistent with recommendations from the World Health Organization — WHO — and PHAC. We must continue to work to ensure that plans at all levels are adaptable and scalable to the different pandemic scenarios — mild, moderate and severe. Of course, like others, we had only one scenario.

We also must encourage communities to address business continuity in their community-level pandemic plans to promote the communities' self-sustainability, and we have to support the communities to do so. In collaboration with our partners at INAC, we will work toward the integration of pandemic plans into larger all-hazards emergency preparedness plans.

In summary, we understand that we must continue to work with our partners and stakeholders, through forums such as this, to target areas of improvement that have been identified and that are still being identified as a result of H1N1 to ensure that First Nation communities are better prepared for any future pandemics or other public health emergencies. We will also build on the successes from our collective H1N1 experiences and apply them to our day-to-day public health initiatives.

Sur le plan des communications, nous avons appris qu'il est crucial d'assurer la cohérence dans les communications avec l'ensemble des intervenants et des partenaires, en particulier avec les dirigeants et les collectivités des Premières nations dans les réserves.

Voilà pourquoi la ministre fédérale de la Santé et avec d'autres représentants de Santé Canada et de l'ASPC ont visité à plusieurs reprises des communautés des Premières nations pour discuter de l'incidence de la pandémie de grippe H1N1 et d'autres enjeux liés à cette pandémie, notamment le déroulement de la vaccination.

Nos bureaux régionaux ont communiqué régulièrement avec les communautés des Premières nations, par bulletins d'information ou par téléconférences pour les tenir au courant des nouvelles données relatives à la pandémie de grippe H1N1. En collaboration avec Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC), nous avons également élaboré un protocole de communication, lequel a représenté une importante partie des travaux menés en collaboration par les deux ministères.

À la pandémie, le niveau de préparation dans les réserves s'est considérablement accru. Malgré cela, nous sommes conscients de l'importance de continuer d'aider les communautés des Premières nations à se préparer à de futures pandémies ou à toute autre situation d'urgence en santé publique.

Depuis la pandémie, nous avons participé à plusieurs activités afin de faire le bilan de l'expérience relative à la grippe H1N1. Nous en avons retiré d'importantes leçons, qui se rapportent pour la plupart à ce qu'a dit le chef Evans.

Nous devons continuer de collaborer avec nos partenaires et avec les intervenants afin de préciser les rôles et les responsabilités de tous les ordres de gouvernement en ce qui a trait à la prestation de services aux membres des communautés des Premières nations conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'ASPC. Nous devons nous assurer que les plans à tous les niveaux sont adaptables aux circonstances et à la gravité des différents scénarios de pandémie — mineure, moyenne et grave. Bien entendu, nous n'avons eu qu'un seul scénario comme tout le monde.

Nous devons également inciter les communautés à prévoir dans leurs plans d'urgence en cas de pandémie des mécanismes pour assurer la continuité des activités afin d'assurer l'autosuffisance des communautés, et nous devons les soutenir dans leurs efforts. En collaboration avec nos partenaires d'AINC, nous ferons en sorte d'intégrer les plans d'urgence en cas de pandémie aux plans de préparation plus généraux à tous les types de situations d'urgence.

En résumé, nous comprenons que nous devons continuer de travailler avec nos partenaires et intervenants dans le cadre de forums comme celui-ci pour cibler les aspects à améliorer qui ont été identifiés à la suite de la pandémie de grippe H1N1 pour faire en sorte que les communautés des Premières nations soient mieux préparées dans l'éventualité d'une pandémie ou de toute autre situation d'urgence en santé publique. Nous nous inspirerons également des réussites qui ont jalonné une expérience collective dans le cadre de la pandémie de grippe H1N1 et nous les mettrons en pratique dans le cadre des initiatives courantes de santé publique.

The Chair: Thank you very much.

I have a two-part question. It is really to Ms. Woods, but others may jump in with any responses. First, you have made reference, and Chief Evans made reference, to Annex B, to the plan. Chief Evans said that they were quite puzzled that the government chose not to implement that plan.

Can you clarify where the plan stands? Who is included in the plan? Are Inuit included in this plan, or just First Nations?

Second, you have cited a number of statistics, as has Mr. Gully previously, that indicate that many plans were in place — 80 per cent or even more — in First Nation communities. In addition, the vaccination rate was higher than the general population, 64 per cent rather than 41 per cent, yet we had higher incidences of hospitalization, ICU admissions and death among the Aboriginal population than others.

What happened there? Could you comment on that?

Ms. Woods: I will ask Mr. Gully to address your second question.

Annex B is an annex to *The Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health Sector*. We had developed it several years ago in anticipation of a pandemic as part of the development of *The Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health Sector*. We had done that, as I noted, in collaboration with the AFN, many other stakeholders and provinces and territories.

I am not quite sure how to answer whether or not we implemented it. I think we did most of the things it said. Annex B does not just apply to us or First Nations; it also applies to provinces and territories. It is a question of how useful they found as guidance when dealing with a pandemic. Like every other part of *The Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health Sector*, this was a first try.

Going into it, we recognized that some gaps and deficiencies existed, and some pieces of it had not been completed. That was why we started doing an accelerated revamp of the plan, which was finally signed off by provinces and territories about mid-June 2009.

The Chair: Therefore, it does have official status; it is used.

Ms. Woods: Yes, definitely. It is part of *The Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health Sector*.

The Chair: What about the Inuit population?

Ms. Woods: The Inuit are not included in that one.

The Chair: How do you deal with the Inuit?

Ms. Woods: Dr. Sobol will tell you how they deal with the Inuit and Nunavut. A discussion is happening about whether something specific is needed for the Inuit.

Le président : Je vous remercie.

J'ai une question à deux volets à poser et elle s'adresse surtout à Mme Woods, mais les autres peuvent y répondre également. Premièrement, vous et le chef Evans avez fait référence à l'annexe B du plan. Le chef Evans a dit ne pas bien comprendre pourquoi le gouvernement a choisi de ne pas donner suite au plan.

Pouvez-vous nous dire où en est ce plan? Qui fait partie de ce plan? Est-ce que les Inuits font partie du plan ou seulement les Premières nations?

Deuxièmement, vous avez cité un certain nombre de données, tout comme M. Gully d'ailleurs, qui montrent que plusieurs plans étaient en place dans 80 p. 100 ou même plus des communautés des Premières nations. En outre, le taux de vaccination a été plus élevé que pour la population générale, c'est-à-dire 64 p. 100 par rapport à 41 p. 100. Pourtant, il y a eu davantage de cas d'hospitalisation, d'admissions aux soins intensifs et de décès chez les Autochtones que dans la population.

Que s'est-il passé? Pourriez-vous nous éclairer?

Mme Woods : Je demanderai à M. Gully de répondre à votre deuxième question.

L'annexe B fait partie du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé*. Nous avons préparé cette annexe il y a plusieurs années en prévision d'une pandémie dans le cadre de l'élaboration du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé*. Nous l'avons fait, comme je l'ai mentionné, en collaboration avec l'APN, plusieurs autres intervenants, de même que les provinces et les territoires.

Je ne saurais vraiment pas vous dire si nous l'avons mis en œuvre ou non. Je pense que nous avons réalisé la plupart des éléments, mais l'annexe B ne s'applique pas à nous ni aux Premières nations. Elle s'applique aux provinces et aux territoires. Il s'agit de savoir si cela a été très utile comme instrument pour faire face à la pandémie. Comme toute autre partie du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé*, il s'agissait d'un premier essai.

Lorsque nous avons pris connaissance du plan, nous avons constaté des lacunes et des déficiences, et aussi que certaines parties n'avaient pas été terminées. C'est pourquoi nous avons amorcé une révision accélérée du plan, qui a finalement été accepté par les provinces et les territoires vers la mi-juin 2009.

Le président : Par conséquent, ce document a un statut officiel. Il est utilisé.

Mme Woods : Oui, tout à fait. Il fait partie du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé*.

Le président : Et qu'en est-il de la population inuite?

Mme Woods : Les Inuits n'en font pas partie.

Le président : Comment composez-vous avec les Inuits?

Mme Woods : Le Dr Sobol vous dira comment ils ont abordé la question des Inuits et du Nunavut. Une discussion est en cours pour déterminer s'il y a des besoins particuliers pour les Inuits.

The Chair: My second question is about the contradiction in the statistics.

Paul Gully, Senior Medical Advisor, Health Canada: There is a paradox here. In general, we got the impression that this was mild or moderately severe, as described by WHO. However, globally, good evidence shows that populations that are disadvantaged in terms of socio-economic status, are younger, have higher rates of pregnancy and higher rates of chronic disease also have higher rates of illness, severe illness and mortality.

Those risk factors combined with the situation that Grand Chief Evans describes of poor housing meant that when the virus arrived in a situation such as Northern Manitoba, it spread very quickly. Therefore, it was not surprising that with the high rates of disease, severe illness and mortality, the situation required a response, which we did give but for which we perhaps were not all sufficiently prepared.

The province, the federal government and First Nations worked together on issues such as medical transportation. However, it is well known that in Manitoba, for example, there was pressure on ICU beds as a result partially of what happened in the North. Therefore, we all had to respond.

As you heard perhaps from Dr. King, other provinces responded more aggressively with the use of utilization of antivirals to try to prevent severe disease occurring.

The Chair: Were these plans deficient in some way, or were they just late?

Mr. Gully: The individual plans were there. They were sufficient for dealing with immunization, perhaps. I am not sure that they were sufficient initially to deal with the high rates of disease and severe disease, which occurred particularly in Manitoba. In the other provinces, given the experience in Manitoba, lessons were learned, and the response was much quicker and different.

Ms. Woods: The experience across Canada, not just in First Nation communities but with municipalities and other entities that had plans, we were often not quite sure when the plan should actually be activated. It is a tough decision. The longer the plan has existed, the less fresh it is, so that is sometimes an issue.

Dr. Sobol: I have several points in reply.

Nunavut is not included in the service delivery aspect from First Nations and Inuit Health Branch. We do have programs that come from First Nations and Inuit Health Branch that the Nunavut government administers. However, with respect to, for example, the response to H1N1, that is a territorial response. Therefore, we did not have active engagement at that point from First Nations and Inuit Health Branch.

Le président : Ma deuxième question porte sur la contradiction dans les données statistiques.

Paul Gully, conseiller médical principal, Santé Canada : Il y a un paradoxe. De manière générale, nous avons eu l'impression que la grippe avait été douce ou modérément grave, telle que l'a décrite l'OMS. Toutefois, dans l'ensemble, tout semble démontrer que les populations qui sont désavantagées au plan socio-économique, sont plus jeunes, elles ont des taux de grossesse plus élevés et aussi des taux de maladie chronique beaucoup plus élevés et elles ont également des taux de maladie, de maladies graves et de mortalité plus élevés.

Ces facteurs de risque combinés à la situation que le grand chef Evans a décrite en matière de logements insalubres signifient que le virus il s'est propagé très rapidement dans un contexte comme celui du Nord du Manitoba. En conséquence, il n'est guère surprenant, compte tenu du haut taux de maladies, de maladies graves et de mortalité, que la situation ait exigé une réponse appropriée. Nous l'avons fait, mais peut-être n'étions pas suffisamment préparés.

La province, le gouvernement fédéral et les Premières nations ont travaillé ensemble sur des questions comme le transport médical. Cependant, il est bien connu qu'au Manitoba, par exemple, il y a eu des pressions concernant l'utilisation de lits dans les unités de soins intensifs, un peu en réponse à ce qui s'est passé dans le Nord. Par conséquent, il a fallu que tous interviennent.

Comme vous l'avez probablement entendu du Dr King, d'autres provinces ont prêté main-forte de manière plus dynamique pour l'administration des antiviraux afin de prévenir le déclenchement de maladies plus graves.

Le président : Est-ce que ces plans comportaient des lacunes quelconques ou est-ce seulement parce qu'ils sont arrivés trop tard?

M. Gully : Les plans individuels existaient et je suppose qu'ils suffisaient pour faire face à l'immunisation. Je ne crois pas qu'ils aient été suffisamment élaborés pour aborder des taux élevés de maladie ou de maladie grave, ce qui s'est produit au Manitoba notamment. Dans les autres provinces, compte tenu de l'expérience acquise au Manitoba, des leçons ont pu être apprises et la réponse a été beaucoup plus rapide et différente.

Mme Woods : À la lumière de l'expérience vécue partout au Canada et non seulement dans les collectivités des Premières nations, mais aussi dans les municipalités et d'autres entités qui avaient des plans, il ressort que nous n'étions pas toujours assurés que le plan serait effectivement mis en œuvre. C'était une décision difficile. Plus ce plan existait depuis longtemps, moins il était à jour, ce qui parfois posait problème.

Dr Sobol : J'ai plusieurs points à soulever en guise de réponse.

Le Nunavut ne faisait pas partie de l'aspect prestation de services de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Nous avons des programmes qui émanent de cette Direction générale et que le gouvernement du Nunavut administre. Toutefois, en ce qui a trait à la réponse à la grippe H1N1, c'est une réponse territoriale. Par conséquent, nous n'avons pas été activement engagés à ce niveau.

With respect to plans being in place, as with many other jurisdictions, Nunavut found that our pandemic plan was based on the premise that the pandemic would be severe, that we would have many deaths and many people hospitalized. As the response to H1N1 progressed, we realized that we needed a more flexible pandemic plan, so we have been working on that. As Ms. Woods said, all the pandemic plans assumed the worst. This was a pandemic that was not the worst, thankfully. Therefore, we are modifying our plan as we speak.

With respect to the paradox between the number of First Nations, Metis and Inuit hospitalized versus the high immunization rate, we had the highest rate of hospitalization in the country in Inuit per population. However, that all occurred before the vaccine became available. After that, we had no second wave. If you look at the epidemic curve that is in the background document I showed you, most of Canada had hospitalization rates and deaths much higher during the second wave than during the first wave. In Nunavut, we experienced almost all of our hospitalizations and our one death in that first wave.

I would like to return to an issue that has to come to the table, which Chief Evans alluded to and both Ms. Woods and Mr. Gully spoke to also: Why were First Nations, Metis and Inuit so vulnerable to the adverse effects of H1N1?

In public health, we always talk about the socio-economic determinants of health. If you have a population of persons living in overcrowded housing and whose communities are living with poverty, as in the case of Nunavut where 70 per cent of preschool children live in homes that are food-insecure, then it is a cauldron for rapid dissemination of communicable disease. We see this every day and every week in Nunavut. From January 1 to October 1, we have had 90 new cases of active tuberculosis. We feel this is partly a result of the socio-economic situation in which Nunavummiut live.

Speaking personally, I feel it is shameful for Canada to have accepted the status quo of this type of living standard for First Nations, Metis and Inuit in general. To respond to H1N1 appropriately really would have meant responding to the current living situation of First Nations, Metis and Inuit in Canada many years before the outbreak.

I am sure that is old news to all of you, but I am always distressed to see the lack of urgency and the lack of priority placed by Canada on this, I think, shameful blot on our country.

Mr. Evans: Referring to Annex B, it is important for you to understand the plans the leadership had. You have the remote communities, but you also have the communities in the South. Communities in the South were prepared to do what was

En ce qui a trait à la mise en place de plans comme ce fut le cas dans plusieurs autres secteurs de compétence, le Nunavut jugeait que notre plan en cas de pandémie était basé sur l'hypothèse d'une pandémie grave, de nombreux décès et de nombreuses hospitalisations. Au fur et à mesure de la réponse à la grippe H1N1, nous avons constaté que nous avions besoin d'un plan en cas de pandémie beaucoup plus souple. C'est ce sur quoi nous travaillons actuellement. Comme l'a dit Mme Woods, tous les plans en cas de pandémie prévoient les pires scénarios. La pandémie que nous avons connue n'était pas le pire scénario, heureusement. Par contre, nous sommes actuellement en train de modifier nos plans.

En ce qui a trait au paradoxe concernant le nombre de personnes hospitalisées chez les Premières nations, les Métis et les Inuits par rapport au fort taux d'immunisation, je rappelle que les Inuits ont connu le plus fort taux d'hospitalisation au pays. Toutefois, cela s'est produit avant que le vaccin ne soit disponible. Par la suite, il n'y a pas eu de seconde vague. Si vous examinez la courbe décrivant la pandémie qui se trouve dans le document d'information que je vous ai montré, la plupart des régions au Canada ont connu des taux d'hospitalisation et de décès beaucoup plus élevés lors de la deuxième vague que lors de la première vague. Au Nunavut, presque la totalité de nos cas d'hospitalisation et notre seul décès sont survenus lors de la première vague.

J'aimerais revenir à une question qui a été soulevée et à laquelle le chef Evans a fait allusion et dont Mme Woods et M. Gully ont parlé. Pourquoi les Premières nations, les Métis et les Inuits étaient-ils si vulnérables aux effets indésirables de la grippe H1N1?

En matière de santé publique, nous parlons toujours des déterminants socio-économiques de la santé. Si vous avez une population qui vit dans des logements surpeuplés et dont les collectivités vivent dans la pauvreté — comme c'est le cas du Nunavut où 70 p. 100 des enfants d'âge préscolaire vivent dans des maisons où la sécurité alimentaire n'est pas assurée — cela devient un creuset pour une propagation rapide des maladies transmissibles. Nous le voyons tous les jours et toutes les semaines au Nunavut. Du 1^{er} janvier au 1^{er} octobre, nous avons enregistré 90 nouveaux cas de tuberculose progressive. Nous estimons que cela est partiellement attribuable à la situation socio-économique dans laquelle vivent les Nunavummiut.

À titre personnel, je me sens honteux que le Canada ait accepté le statu quo concernant les conditions de vie des Premières nations, des Métis et des Inuits en général. Pour bien répondre à la pandémie de H1N1, il aurait fallu corriger les conditions de vie des Premières nations, des Métis et des Inuits au Canada bien avant la pandémie.

Je suis sûr que vous le savez très bien mais je suis toujours attristé de voir le manque d'urgence que suscite ce problème et l'absence de priorité que le Canada y accorde. Pour moi, c'est une tache sombre à notre dossier.

M. Evans : En référence à l'annexe B, il importe de comprendre les plans que la direction avait. Il y a les collectivités éloignées, mais il y a aussi les collectivités situées dans le sud. Les collectivités du sud étaient prêtes à faire le nécessaire pour

necessary to ensure that they protected their people. It comes down to underfunding, where communities were ready to order food — lots of beef to store — and refrigeration units.

What happens if there is mass death? Where do you store the bodies? You have to build temporary facilities. What happens if the water and the sewage truck drivers are ill and cannot provide water and sewerage to the communities? All this has a cost. The plans do not include the financial resources to implement these necessities. Yes, the plans might be in place, but there are no fiscal resources to support that. Without that, the communities are out there exposed to any virus. That was the concern.

The other concern was that one of our communities went ahead and did all the plans, and they took whatever they had from their resources. Hopefully, they will get reimbursed because they did not want to risk the lives of their people. Those are the issues that the community leadership dealt with in the First Nation communities.

Senator Seidman: Chief Evans, you have presented a complex and serious picture of issues related to the H1N1 events of 2009-10, and, in fact, the more general state of health and living conditions in the First Nation communities.

You have mentioned that you met with Minister Aglukkaq, last week, in fact, and had the opportunity to reflect on the H1N1 pandemic, now one year later.

Could you give us, if possible, some more details about this discussion and whether you came up with ideas to address some of these issues and problems?

Mr. Evans: I will go back to the statement. We talked about the number of people involved and the different organizations, the behind-the-scenes stuff that we did not see. What we saw was what was played out in the media. The minister shared with me all the different organizations, the scientists, the researchers, how the information kept changing, and she explained how it was moving at the time. That is what we shared and talked about. It was important that I understood that and shared that information with those whom I represent so we are better prepared next time.

We are fortunate that we had that relationship with the minister's department, as well as the provincial health minister, and that we were able to deal with the pandemic. I thank the Creator for sparing us from what was predicted to be severe.

That is the information, the behind-the-scenes stuff and the things that were happening, such as the vaccine, all that was happening at the time. We were talking about how she was just beginning her role as health minister and how things were moving so fast. I commended her on how she was able to come through that period in her new role as minister.

assurer la protection de leurs populations. Tout cela tient à un sous-financement : les collectivités étaient prêtes à commander des aliments — de grandes quantités de bœuf à entreposer — et des unités de réfrigération.

Qu'arrive-t-il en cas de décès multiples? Où peut-on conserver les corps? Il faut donc construire des installations temporaires. Qu'arrive-t-il si les conducteurs des camions de distribution d'eau et de collecte des ordures tombent malades et ne peuvent assurer le transport de l'eau et des ordures dans les collectivités? Tout cela a un coût. Les plans ne prévoient pas les ressources financières requises pour la mise en œuvre de ces services nécessaires. Oui, les plans peuvent être en place, mais il n'y a pas de ressources financières pour les appuyer. Sans cela, les collectivités sont exposées à tout virus qui peut se présenter. C'était la préoccupation.

L'autre préoccupation était que l'une de nos collectivités est allée de l'avant et a mis en œuvre tous les plans et pris toutes les mesures nécessaires à même ses propres ressources. Il faut espérer qu'elle obtiendra un remboursement parce qu'elle ne voulait pas prendre de risque avec la vie de sa population. Ce sont là des problèmes auxquels ont fait face les leaders des communautés des Premières nations.

Le sénateur Seidman : Chef Evans, vous avez présenté un portrait complexe et grave des problèmes reliés à la pandémie de la grippe H1N1 de 2009-2010, et aussi de l'état plus général de la santé et des conditions de vie dans les collectivités des Premières nations.

Vous avez dit avoir rencontré la ministre Aglukkaq la semaine dernière et avoir eu la possibilité de réfléchir avec elle à la pandémie de H1N1, un an après les événements.

Pourriez-vous, si c'est possible, nous fournir certains détails de cette discussion et nous dire si vous avez pu en arriver à des idées pour aborder ces questions et ces problèmes?

M. Evans : Je reviens à la déclaration. Nous avons parlé du nombre de personnes en cause et des différentes organisations, des détails d'arrière-plan que nous n'avions pas vu. Nous avons vu ce que les médias en ont dit. La ministre et moi avons partagé des points de vue sur les diverses organisations, les scientifiques et les chercheurs, sur la façon dont l'information évoluait constamment et elle a expliqué comment les choses évoluaient à cette époque. C'est ce dont nous avons parlé. Il était important que je le comprenne des renseignements et que je les partage avec ceux que je représente, afin que nous soyons mieux préparés la prochaine fois.

Nous sommes privilégiés d'avoir eu cette relation avec le ministère, de même qu'avec le ministre de la Santé provincial afin d'être en mesure d'aborder la pandémie. Je remercie le Créateur de nous avoir épargnés d'une situation beaucoup plus grave.

Voilà pour l'information sur les détails d'arrière-plan et sur les événements qui se déroulaient, notamment la vaccination. Tout se déroulait en même temps. Nous avons également parlé de son tout nouveau rôle de ministre de la Santé et de la rapidité avec laquelle les choses évoluent. Je l'ai félicitée pour la façon dont elle s'est tirée d'affaire au cours de cette période à titre de nouvelle ministre.

Senator Seidman: Some of the issues that you have presented — the gaps, lack of ability of various levels of government to move together, lack of decision making — were some of these addressed with the minister?

Mr. Evans: Yes. That is what happened with the incident management team that we put together with the province and with ourselves. We had daily communication with both levels of government. That is what allowed us to deal with the pandemic the way that we did. That is what it will take. It will take the participation of the First Nations leadership to be there working with governments, dealing with the issues that are impacting and affecting our people. No decisions were being made without our presence. That was important.

Senator Seidman: Do you feel that is indeed now the case?

Mr. Evans: That should be the case. We should always be included and involved. We are the best ones able to bring that information and the solutions for how we deal with those issues.

Senator Cordy: I would like to return to the jurisdictional aspects.

The challenges of wondering who will pay for what must have been frustrating while in the middle of a pandemic, deciding whether it is provincial, federal, or band. You said that the availability of financial resources was particularly challenging when you looked at the federal government.

That surprised me because I look at the federal government as having the responsibility for the health care of the First Nations people.

Are discussions taking place right now to firm up plans for the next pandemic? We hope it is a long way off, but we know we are always planning for the next pandemic. Are discussions taking place to ensure that the guidelines are clearly set out so that, while the federal government ultimately is responsible, we do not worry about that during a pandemic? Let us get what we need, and the federal government will be the insurer or the guarantee that the bills will be paid.

Mr. Evans: I want to again commend the provincial health minister. We sent out a flu kit to each First Nation community in Manitoba. It contained all the necessities to deal with the symptoms. That cost, I believe, over \$1 million. The minister went ahead and gave it to us so that we could order the kits. We were about to fund raise so that we could provide those to our communities. Because of the minister's compassion and the urgent need for these flu kits, the province provided the resources for us to do that.

Le sénateur Seidman : Est-ce que certaines des questions que vous nous avez présentées — les lacunes, le manque de capacité des divers niveaux de gouvernement de travailler ensemble, l'absence de prise de décisions — ont été abordées avec la ministre?

M. Evans : Oui. C'est ce que nous avons fait avec l'équipe de gestion des interventions d'urgence que nous avons mise sur pied avec la province. Nous avons des communications quotidiennes avec les deux niveaux de gouvernement. C'est ce qui nous a permis de faire face à la pandémie comme nous l'avons fait. Et c'est ce qu'il faudra aussi faire à l'avenir. Il faudra la participation des leaders des Premières nations pour qu'ils puissent travailler avec les gouvernements et qu'ils puissent aborder les problèmes qui ont des répercussions sur nos gens. Aucune décision n'a été prise sans que nous y soyons partie. C'était important.

Le sénateur Seidman : Est-ce que vous croyez que c'est vraiment le cas maintenant?

M. Evans : Ce devrait être le cas. Nous devrions toujours être partie prenante aux prises de décision. Nous sommes les mieux placés pour fournir des renseignements et des solutions sur la façon d'aborder ces problèmes.

Le sénateur Cordy : J'aimerais revenir à la question des domaines de compétence.

La question de savoir qui paiera et pour quoi a dû être bien frustrante en plein milieu d'une pandémie, et aussi de savoir si ce devait être le gouvernement provincial, le gouvernement fédéral ou une bande. Vous avez dit que la disponibilité de ressources financières posait particulièrement problème lorsque vous parliez au gouvernement fédéral.

Cela m'a surprise parce que je considère que le gouvernement fédéral a la responsabilité des soins de santé pour les populations des Premières nations.

Y a-t-il actuellement des discussions en cours pour établir des plans en prévision de la prochaine pandémie? Nous espérons bien que ce soit une éventualité fort éloignée, mais nous savons qu'il faut toujours planifier pour la prochaine pandémie. Y a-t-il actuellement des discussions en cours pour s'assurer que les lignes directrices seront si claires que même si c'est le gouvernement fédéral qui est le responsable en bout de ligne nous n'aurons pas à nous soucier de cela en cas de pandémie? Laissez-nous obtenir ce dont nous avons besoin et que le gouvernement fédéral nous assure ou nous garantisse que les factures seront payées.

M. Evans : Je veux à nouveau féliciter la ministre de la Santé provinciale. Nous avons envoyé une trousse à chacune des collectivités des Premières nations au Manitoba. Elle contenait tous les éléments nécessaires pour faire face aux symptômes. Si mes souvenirs sont bons, le coût a été de plus d'un million de dollars. La ministre nous a avancé ce montant pour que nous puissions commander les trousseaux. Nous étions à la veille de faire une campagne de financement afin de pouvoir donner ces trousseaux à nos collectivités. En raison de la compassion dont a fait preuve la ministre et du besoin urgent de ces trousseaux, la province a avancé les ressources nécessaires.

This goes back to the jurisdictional issues about who pays for what. That is something that we would like to develop with the province, so that anything that happens to our people, the province will be there with us. At the end of the day, we hope we will continue to strengthen that partnership in approaching the federal government to provide what should have been their responsibility.

This refers back to Jordan's Principle, the child-first principle. Let us not fight over jurisdictional issues when someone needs medical attention. Jurisdictional issues and who pays for what can be dealt with afterwards. I hope we can develop those types of arrangements.

Dr. Sobol: Nunavut does not have the same scenario as First Nations on-reserve with respect to who is funding. However, we did have a strong support during the H1N1 response from our Minister of Health, Tagak Curley, and Deputy Minister Alex Campbell. Their directive was that they were there to protect the health of the population.

We spent funds that were not in our budget, and we continue to have an outstanding deficit as a result. Our deputy minister is still concerned about that outstanding deficit and, in an overwhelming national situation such as an H1N1 pandemic, whether there is any discussion or plan to have the federal government bear some responsibility for funding. As far as I know, that discussion, at least between Nunavut and the federal government, is not occurring on an active level. I think you have posed a very pertinent question. Thank you.

Ms. Woods: On the question of ongoing discussions, it is interesting to note that the people who had been so intensely involved in the pandemic planning, all the jurisdictions and the federal government, of course, agreed that it was absolutely necessary to continue and not to just drop everything and say, "We will see you before the next pandemic, we hope."

In fact, we have now reorganized ourselves. An inter-jurisdictional set of committees will continue to move forward on all of these issues. Many of these issues are being brought up through the various lessons-learned exercises that are taking place at all levels in all provinces and our regional offices. We have done it nationally. PHAC has done it as well, which I think you heard about in some of the previous testimony. We continue to be involved in these forums where we can raise those issues.

I am struck by what Dr. Sobol said about not having funds in the budget. We more or less took the same approach. I was lucky enough to be the person who had the job of being the point person at the beginning. My regional offices asked what they should do and whether there would be enough money. I told them to just spend it, and we would find it.

That was money for our regional offices. I am sorry; we do not deliver the health services in Nunavut, nor do we deliver them in the provinces. This was for on-reserve needs for the continuity of

Tout cela nous ramène à la question des domaines de compétence, à savoir qui paie pour quoi. C'est là une question dont nous aimerions discuter avec la province afin qu'elle soit de notre côté si quelque chose devait frapper nos populations. En bout de ligne, nous espérons pouvoir renforcer ce partenariat en approchant le gouvernement fédéral afin qu'il s'acquitte de ses responsabilités.

Cela fait référence au principe de Jordan, le principe de l'enfant d'abord. Ne nous querellons pas sur des questions de compétence quand quelqu'un a besoin d'attention médicale. Les questions de compétence et la question de savoir qui paie quoi peuvent être abordées plus tard. J'espère que nous pourrions élaborer ces deux types d'arrangement.

Dr Sobol : En matière de financement, le Nunavut n'a pas le même scénario que les Premières nations pour les gens qui vivent sur les réserves. Toutefois, nous avons reçu de notre ministre de la Santé, Tagak Curley, et du sous-ministre, Alex Campbell, un appui solide lors de la réponse à la grippe H1N1. Leur approche était qu'ils étaient là pour protéger la santé de la population.

Nous avons utilisé des fonds qui ne faisaient pas partie de notre budget et nous avons toujours un déficit à ce chapitre et notre sous-ministre est toujours préoccupé par ce déficit que nous traînons. En cas de situation nationale très importante comme une pandémie de grippe H1N1, il importe de savoir qu'il y a des plans ou des discussions pour que le gouvernement fédéral assume certaines responsabilités en matière de financement. En autant que je sache, cette discussion n'a pas lieu à un niveau actif entre le Nunavut et le gouvernement fédéral, à tout le moins. Je crois que vous avez posé là une question fort pertinente. Merci.

Mme Woods : En ce qui a trait aux discussions en cours, il est intéressant de noter que ceux qui ont participé d'aussi près à la planification en cas de pandémie, tous les secteurs de compétence, de même que le gouvernement fédéral se sont entendus sur le fait qu'il était absolument nécessaire de poursuivre le travail et de ne pas abandonner en disant « Nous nous reverrons avant la prochaine pandémie, du moins l'espère-t-on ».

Nous nous sommes réorganisés. Un ensemble de comités interjuridictionnels continuera d'aller de l'avant sur ces questions. Plusieurs de ces questions sont soulevées dans le cadre des leçons apprises que nous mettons en place à tous les niveaux et dans toutes les provinces de même que dans nos bureaux régions. Nous avons fait ce travail à l'échelle nationale. Comme vous avez pu l'entendre lors de témoignages précédents, l'ASPC y est parvenue. Nous continuons de participer à ces forums afin d'être capables de soulever ces questions.

Je suis frappée par ce que le Dr Sobol disait au sujet de l'absence de fonds dans le budget. Nous avons plus ou moins pris la même approche. Heureusement, j'étais celle qui avait la responsabilité première dès le départ. Mes bureaux régionaux m'ont demandé ce qu'ils devraient faire et s'ils auraient suffisamment d'argent. Je leur ai dit, allez-y et nous trouverons l'argent nécessaire.

Il s'agissait de fonds destinés à nos bureaux régionaux. Je suis désolée, mais nous ne dispensons pas les soins de santé au Nunavut et nous ne les dispensons pas dans les provinces. Il s'agissait de

health care to deal with the H1N1 cases that were coming up. We never short-changed our regions, and they certainly did not short-change the First Nations.

In terms of our prescribed care, I agree with Chief Evans and Dr. Sobol that it is necessary to keep on with those broader discussions and keep finding the forums. As I say, we were careful not to put a damper on spending, hiring extra nurses, ensuring they had enough pandemic supplies, keeping the nursing station open beyond regular hours and that kind of thing. That was critically important.

Senator Callbeck: Thank you very much for coming this morning.

Ms. Woods, I want to ask you about the commitment that the federal government made four years ago, in 2006. They committed to \$6.5 million, over five years, to strengthen public health capacity and surge capacity in First Nation communities.

How much of that money has been disbursed to date?

Ms. Woods: All of it has been disbursed.

Senator Callbeck: What was that spent on?

Ms. Woods: Much of it was spent on assistance to organizations — largely to Aboriginal organizations — to deal with First Nation communities in developing their plans. It was also to build some capacity in our regional offices. You noted that it is for public health capacity and pandemic planning.

We have spent it largely on assistance. Early on, Chief Evans will remember, the decision was that the best method was not to go individually to communities — you can do the mathematics; that is not very much money — but rather to go to larger organizations, such as the Assembly of Manitoba Chiefs. I think at one time they had arrangements with the Manitoba Association of Native Fire Fighters, Inc. because they are cognizant of emergency planning.

The focus of that was to achieve some basic planning, which happened in most communities, and to strengthen our own public health capacity.

Senator Callbeck: Have the goals you set for that money been achieved?

Ms. Woods: Yes. However, they were overwhelmed by H1N1. Mr. Gully has reminded me that that was where we got some of our pandemic supplies. That money came out of the lessons from severe acute respiratory syndrome, SARS. Our branch went ahead and purchased additional PPE supplies for any such public health emergency.

fonds pour des besoins sur les réserves afin de continuer d'offrir les soins de santé nécessaires pour composer avec les cas de grippe H1N1 qui surgissaient. Nous n'avons jamais privé nos régions et nous n'allons certes pas priver les Premières nations.

En ce qui a trait aux soins prescrits, je suis d'accord avec le chef Evans et avec le Dr Sobol pour dire qu'il est nécessaire de poursuivre des discussions plus larges et de continuer de trouver des forums. Comme je le dis, nous avons pris soin de ne pas jouer les éteignoirs en matière de financement, d'embauche d'infirmières supplémentaires et nous voulions nous assurer qu'il y ait suffisamment de fournitures pour faire face à une pandémie et que les postes de soins infirmiers demeurent ouverts au delà des heures régulières, et ainsi de suite. C'était d'une importance cruciale.

Le sénateur Callbeck : Je vous remercie d'être venus aujourd'hui.

Madame Woods, j'aimerais vous poser une question concernant l'engagement du gouvernement fédéral pris il y a quatre ans, c'est-à-dire en 2006. Le gouvernement s'était engagé à verser 6,5 millions de dollars sur cinq ans pour renforcer la capacité de santé publique et accroître la capacité des communautés des Premières nations.

Quel montant a été déboursé jusqu'à ce jour?

Mme Woods : Tout le montant a été déboursé.

Le sénateur Callbeck : À quoi a-t-il été utilisé?

Mme Woods : La plus grande partie des fonds a servi à aider les organisations, surtout des organisations autochtones, et à aider les collectivités des Premières nations à élaborer leurs plans. Ils ont aussi servi à établir une certaine capacité dans nos bureaux régionaux. Vous aurez noté qu'il s'agit de capacité en matière de santé publique et de planification en cas de pandémie.

Les fonds ont été largement utilisés en guise d'assistance. Le chef Evans se souviendra certainement que dès le départ, la décision avait été prise à l'effet que la meilleure méthode n'était pas de nous tourner vers chacune des collectivités — vous pouvez le vérifier sur papier — parce que cela ne représentait pas suffisamment de fonds pour chacune, mais plutôt de nous adresser à des organisations plus vastes comme l'Assembly of Manitoba Chiefs. Je pense qu'à un certain moment, il y avait des arrangements entre cette assemblée et la Manitoba Association of Native Fire Fighters, Inc. parce que ce regroupement s'y connaît en planification de mesures d'urgence.

Le but était d'en arriver à une planification de base, ce qui s'est produit pour la plupart des communautés, et de renforcer notre propre capacité en matière de santé publique.

Le sénateur Callbeck : Est-ce que les objectifs que vous avez établis grâce à ces fonds ont pu être atteints?

Mme Woods : Oui. Toutefois, ils ont été un peu obscurcis par la grippe H1N1. M. Gully m'a rappelé que c'est ce qui a permis d'obtenir une partie de nos fournitures pour faire face à la pandémie. Ces fonds ont pu être utilisés grâce aux leçons apprises lors de l'épisode de syndrome de respiratoire aigu sévère (SRAS) : notre direction générale est allée de l'avant et a acheté des fournitures et de l'EPI supplémentaires pour faire face à toute urgence en matière de santé publique.

We met the goals in that we moved forward in the readiness of communities to deal with pandemics. However, like other jurisdictions, corporations, entities and municipalities, we have learned along the way that you are never quite as ready as you think you are. The lessons-learned exercises have been so important to us because they show us where we have to put our focus.

Chief Evans is correct: We cannot do this without First Nations leadership. We were utterly dependent on the willingness of the First Nations leadership to engage and to engage with their communities. We will put even more focus on that as we move forward.

Senator Dyck: Thank you for your presentations. I will continue along the line of the jurisdictional issues, as it seems to be a critically important issue. It is disturbing to hear that something such as this can create such a problem for people's individual health and well-being.

I suspect that it is actually more than just a money issue. I wonder what role bureaucratic systems play in jurisdictional issues; for example, the forms you have to fill out, whom you report to and the responsibility at the local level.

I will ask a naive question. In serious incidents such as a pandemic, could you not just say that the province is responsible for everything, and we will sort it out later if there are bills to be paid?

Mr. Gully: If we could do that, yes, it would seem logical. I am not sure that we are in a position to do that. Having said that, in Manitoba there was a close working relationship between the province, the federal government and First Nations.

There was a willingness to spend money, as well. Some challenges existed. Where the federal government, for example, wished to spend money — at the community level or the tribal council level — was different from where the requests came from, sometimes from political organizations. Therefore, a difference existed in terms of who was asking for the money.

Second, the tripartite community, to which Chief Evans referred, was not new. It had been in existence for some time. However, it met more often and actually responded to that initial wave, which, as I said, happened over a very short space of time and, although it was not a surprise retrospectively, was a surprise when it happened. We were all involved in the immediate response as opposed to then further advancing the planning.

Ms. Woods: I think you would be pleased to know that as H1N1 hit, we knew instantly that our usual bureaucratic processes would not do. The federal government collectively put together much quicker ordering systems, so there was never a question of having to fill out another hundred forms and sending

Nous avons atteint les objectifs en ayant de meilleurs préparatifs pour les collectivités afin qu'elles puissent faire face à une pandémie. Toutefois, comme ce fut le cas dans d'autres secteurs de compétence, chez les entreprises, les entités et les municipalités, nous avons appris en cours de route que nous ne sommes jamais aussi prêts que nous le pensons. Les exercices de leçons apprises ont été très importants pour nous parce qu'ils nous enseignent où il faut mettre la priorité.

Le chef Evans a raison : nous ne pouvons le faire sans le leadership des Premières nations. Nous sommes tout à fait dépendants de la bonne volonté des leaders des Premières nations pour les engager et aussi pour engager leurs communautés. Au fur et à mesure où nous progresserons, nous mettrons davantage l'accent sur cet aspect.

Le sénateur Dyck : Merci de vos exposés. Je continue dans la foulée des questions portant sur les secteurs de compétence puisque cela me semble être un aspect essentiel. Il est troublant d'apprendre qu'un élément comme celui-ci peut créer un tel problème pour la santé et le bien-être de particuliers.

Je soupçonne qu'il y a beaucoup plus que des questions de financement. Je me demande quel est le rôle de la bureaucratie dans le problème des secteurs de compétence. Par exemple, les formulaires qu'il faut remplir, les rapports à présenter et les responsabilités au niveau local.

Permettez-moi de poser une question naïve. En cas d'incident sérieux comme une pandémie, pourriez-vous simplement dire que la province est responsable de tout et qu'elle fera un tri par la suite pour savoir qui paiera la facture?

M. Gully : Si nous pouvions le faire, cette approche semblerait logique, me semble-t-il. Je ne suis pas certain que nous soyons en mesure de le faire. Cela étant dit, il y a eu au Manitoba des relations de travail étroites entre la province, le gouvernement fédéral et les Premières nations.

Il y avait aussi une volonté de dépenser l'argent, mais certains problèmes se posaient. Par exemple, le gouvernement fédéral voulait dépenser des montants au niveau de la collectivité ou au niveau de la tribu mais cela ne correspondait pas aux demandes, qui venaient parfois d'organisations politiques. Par conséquent, il y avait des divergences entre les groupes et les personnes qui demandaient des fonds.

Deuxièmement, la communauté tripartite à laquelle le chef Evans a fait référence n'est rien de nouveau. Elle existe depuis un certain temps déjà. Toutefois, ce groupe s'est rencontré plus souvent et il a pu faire face à la première vague, laquelle s'est produite sur une très courte période et qui nous a pris par surprise. Retrospectivement, cet épisode n'était pas une surprise. Nous étions tous engagés dans une réponse immédiate au lieu de continuer de faire progresser la planification.

Mme Woods : Je pense que vous seriez heureux de savoir qu'au moment où la grippe H1N1 a sévi, nous savions instantanément que nos processus bureaucratiques ne feraient pas l'affaire. Le gouvernement fédéral s'est empressé de mettre en place des systèmes de commande beaucoup plus rapides, de sorte qu'il n'a

them to 32 people, for example, for the approvals process. It was quick; namely, we needed to buy masks, so we had the authority to purchase masks. We did move quickly in that sense.

Mr. Evans: As what happened in Dr. Sobol's territory, in the event that such a pandemic should occur in the future, if there is any spending that First Nations have to make decisions on for the safety and health of their people, then that is something that should be set aside. Hopefully, no harm is brought to the community because of a decision they made in the best interests of their people. Something should be in place for that in the future.

Dr. Sobol: I have a brief comment on the question of public health capacity. In addition to public health capacity for First Nations communities, it is my reflection that during H1N1, the total Canadian public health capacity was stretched to its limit. We learned much having to deal with an event of this magnitude. From the Public Health Agency of Canada through all the provincial and territorial jurisdictions, we had more than we could do to maintain our response to this pandemic. There is not much slack whatsoever in our capacity.

Therefore, as you consider Canada's response to First Nations, Metis and Inuit, please put it in the perspective of Canada's response in general and recognize that our resources are in need of enhancement.

The Chair: Thank you.

On that note, we have come to the end of our time with this panel, but I want to thank our panellists for contributing to the dialogue on this important issue.

Honourable senators, let me mention that we do have Senator Poirier with us today from New Brunswick. Welcome, and thank you for joining us in this significant discussion about pandemic preparation.

We have five people at the end of the table, four speakers altogether. First is Angus Toulouse, Regional Chief for Ontario for the Assembly of First Nations. He was born and raised in Sagamok Anishnabek First Nation in Northeastern Ontario. Regional Chief Toulouse has been an elected member of the AFN executive committee since June of 2005. Welcome, chief.

Dr. Darlene Kitty, Board Member for Indigenous Physicians Association of Canada, IPAC. She is also a member of the Society of Rural Physicians of Canada, SRPC. She works as a family physician in Northern Quebec and has been actively involved in rural medicine and Aboriginal health, giving various workshops on important medical issues that affect Aboriginal people. Welcome, Dr. Kitty.

jamais été question de remplir une autre centaine de formulaires et de les envoyer à 32 personnes différentes, par exemple dans le cadre des processus d'approbation. Tout s'est déroulé rapidement. Par exemple, nous avons l'autorité d'acheter les masques requis. Nous avons donc agi rapidement.

M. Evans : À la lumière de ce qui s'est produit sur le territoire du Dr Sobol, et en prévision d'une telle pandémie dans le futur, il faut donc prévoir quelque chose en ce sens au cas où il y aurait des dépenses pour lesquelles les Premières nations seraient appelées à prendre des décisions concernant la santé et la sécurité de leur peuple. Il faut espérer que la communauté ne souffrira pas d'avoir pris les décisions qu'elle a prises dans le meilleur intérêt de ses membres. Il devrait donc y avoir un mécanisme en place pour l'avenir.

Dr Sobol : J'ai une brève observation à faire sur la question de la capacité en matière de santé publique. Outre la capacité de santé publique pour les communautés des Premières nations, il me semble que lors de la pandémie de H1N1 la totalité de la capacité de santé publique du Canada a été portée à sa limite. Nous avons beaucoup appris en étant obligés de composer avec un événement de cette ampleur. De l'Agence de la santé publique du Canada jusqu'aux secteurs de compétence provinciale et territoriale, nous avons peine à maintenir le rythme de notre réponse à cette pandémie. Il n'y avait aucune marge de manœuvre dans notre capacité.

Par conséquent, lorsque vous considérerez la réponse du Canada à la situation des Premières nations, des Métis et des Inuits, placez cette réponse dans le contexte plus général du Canada et reconnaissez que nos ressources ont besoin d'être améliorées.

Le président : Merci.

Sur ce, je vous signale que nous avons atteint la limite du temps que nous pouvons consacrer à ce groupe. Je tiens à remercier nos panélistes de la contribution qu'ils apportent au dialogue sur cette question importante.

Honorables sénateurs, je vous signale la présence du sénateur Poirier du Nouveau-Brunswick. Bienvenue, sénateur Poirier et merci de vous joindre à nous pour cette discussion si importante sur les préparatifs en cas de pandémie.

Il y a cinq personnes au bout de la table, dont quatre qui prendront la parole. Il y a d'abord M. Angus Toulouse, chef régional pour l'Ontario à l'Assemblée des Premières Nations. Il est né et a été élevé dans la Première nation de Sagamok Anishnabek dans le Nord-Est de l'Ontario. Le chef régional Toulouse a été élu membre du comité exécutif de l'APN en juin 2005. Bienvenue chef.

Le Dre Darlene Kitty, membre du conseil de direction de l'Association des médecins indigènes du Canada (AMIC). Elle est aussi membre de la Société de la médecine rurale du Canada et elle est très engagée dans le domaine de la médecine rurale et de la santé des Autochtones. Soyez la bienvenue Dre Kitty.

Mary Simon is no stranger to us. She is the president of Inuit Tapiriit Kanatami, ITK. She was elected national Inuit leader in 2006, and of course she has been the Ambassador for Circumpolar Affairs for Canada as well as a past ambassador to Denmark. She is assisted today by Elizabeth Ford, who is from ITK.

Rosella Kinoshameg, is the president of the Aboriginal Nurses Association of Canada. She is an Anishnawbe-kwe, Odawa-Ojibway, who is fluent in her language and lives in a traditional lifestyle in her community on Manitoulin Island, Ontario. She spent 15 years working with First Nations communities in the diverse capacities of community health nurse, manager, educator and nursing supervisor.

Welcome to all of you. If we could try to keep the presentations to about five minutes each, I would appreciate it.

Angus Toulouse, Regional Chief, Assembly of First Nations: Thank you for having me here this morning.

Let me start by saying that it is important to understand that First Nation communities need to prepare, and that these preparations must consider factors in pandemic planning beyond those of other Canadian communities, including distinctiveness of culture, value systems, jurisdictional differences, economics and community infrastructure relative to the rest of the Canadian population.

Also, remoteness and lack of access to supplies affect response capacities and make communities even more vulnerable. I have provided the PowerPoint presentation that you have before you. In some of the activities that we covered, many different agencies were involved in responding to the H1N1 at a national level. Among them are the Health Canada First Nations and Inuit Health Branch — or FNIHB — PHAC, INAC and AFN.

Fortunately, AFN, FNIHB and PHAC had been working together on a trilateral First Nations pandemic committee and working group before H1N1 appeared. This collaboration greatly improved the coordination of the response efforts leading to the holding of a virtual summit with the participation of First Nation community representatives, provincial and territorial organizations, federal ministers of health, FNIHB and PHAC.

Positive results came from the summit. Also an influenza-like illness surveillance tool and guide was developed in a very short time by the collaboration of the three partners and distributed to over 1,000 schools to improve our surveillance and early outbreak detection system. Posters and other information materials were also generated and distributed to First Nation communities.

Some of the lessons learned include where tripartite working groups existed, the coordination and response was more fluid and effective, as was the case with the British Columbia tripartite in

Nous connaissons bien Mme Mary Simon, présidente d'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). Elle a été élue leader inuit national en 2006, et elle est, bien entendu, ambassadeure pour les Affaires circumpolaires du Canada. Elle a, en outre, été ambassadeure du Canada au Danemark. Elle est accompagnée aujourd'hui de Mme Elizabeth Ford, qui vient aussi de l'ITK.

Mme Rosella Kinoshameg est présidente de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada. C'est une Anishnawbe-kwe, Odawa-Ojibway, qui maîtrise parfaitement sa langue maternelle et qui vit de manière traditionnelle dans sa collectivité sur l'île de Manitoulin, en Ontario. Elle a passé 15 années au sein des communautés des Premières nations à divers titres, infirmière de santé communautaire, gestionnaire, éducatrice et superviseur des soins infirmiers.

Bienvenue à vous tous. J'aimerais que nous puissions limiter les exposés à environ cinq minutes chacun.

Angus Toulouse, chef régional, Assemblée des Premières nations : Merci de m'accueillir ici aujourd'hui.

Permettez-moi de commencer en disant qu'il est important de comprendre que les collectivités des Premières nations ont besoin de se préparer et que les préparatifs doivent tenir compte de facteurs dans la planification en cas de pandémie qui vont au-delà de ceux des autres communautés canadiennes, y compris le caractère distinctif de la culture, les systèmes de valeur, les différences en matière de compétence, l'économie et l'infrastructure communautaire par rapport au reste de la population du Canada.

De même, l'éloignement et le manque d'accès aux fournitures affectent la capacité de réponse et rendent les communautés encore plus vulnérables. J'ai préparé la présentation PowerPoint que vous avez devant vous. En ce qui a trait à certaines des activités que nous avons abordées, plusieurs agences différentes y ont participé en répondant à la pandémie H1N1 à l'échelle nationale. Parmi les intervenants, notons la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada (DGSPNI), l'ASPC, AINC et l'APN.

Heureusement, l'APN, la DGSPNI et l'ASPC travaillaient ensemble au sein d'un comité trilatéral et d'un groupe de travail des Premières nations avant l'apparition de la grippe H1N1. Cette collaboration a grandement amélioré la coordination des efforts d'intervention qui ont mené à la tenue d'un sommet virtuel avec la participation de représentants des communautés des Premières nations, d'organisations provinciales et territoriales, de ministres fédéraux de la Santé, de la DGSPNI et de l'ASPC.

Ce sommet a eu des effets positifs. Il aura permis d'élaborer très rapidement un outil et un guide de surveillance de maladies apparentées à la grippe avec la collaboration des trois partenaires, ouvrage qui a été distribué dans plus de 1 000 écoles pour améliorer nos efforts de surveillance et notre système de détection avancé de pandémie. Des affiches et d'autres documents d'information ont également été préparés et distribués dans les collectivités des Premières nations.

Nous avons notamment appris que lorsque des groupes de travail tripartites étaient en place, les efforts de coordination et d'intervention étaient plus fluides et plus efficaces comme ce fut le

which B.C.'s First Nations Health Council; Health Canada's FNIHB B.C.; B.C.'s Ministry of Healthy Living and Sport; and the BC Centre for Disease Control were working together.

Other examples include the AFN-FNIHB public health pilot sites in Ontario, Manitoba and Saskatchewan, where federal, provincial and community members sat at the same table. Even though emergency and pandemic plans existed, the crisis highlighted many gaps, specifically jurisdictional differences, responsibilities and non-flexible funding policies. There needs to be more dialogue on the emergency preparedness and response agreement between the province and INAC in the provision of emergency services.

First Nation disease surveillance is fragmented. Different organizations — FNIHB, PHAC, provincial, regional, national level — gather different levels of information without proper complementation and sharing. Cultural misunderstanding and a lack of culturally sensitive language and practices delayed the onset of many activities in many regions. Communities should be approached through their leaders and the information given should be consistent in a culturally appropriate language and format.

The pre-positioning of antivirals and supplies was effective in distribution. Again, contrary to concentration in urban areas, some regions had issues accessing therapy because the nearest distribution centres were located in the urban areas, and the same for the initial vaccine distribution.

A successful example was in B.C. where the drugs were distributed by the BC Centre for Disease Control, which had experience distributing tuberculosis drugs to communities.

The following are some of our recommendations: Each community must work to develop their own plans regionally, involving counterparts from provincial and federal Health Canada levels — this cooperation should extend beyond pandemic planning; cultural practices need to be considered when defining “priority groups” for vaccination and service delivery; a plan is needed to optimize use of resources — having few resources in remote locations means that appropriate planning will offer greater benefits than simply an influx of many inappropriate ones; and we recommend the creation of infrastructure capable of coping with the required basic services — the lack of support infrastructure capable of providing screening, vaccination and primary care hindered many efforts of caring for the communities.

cas en Colombie-Britannique où le First Nations Health Council de C.-B., la DGSPNI de Santé Canada, bureau de la Colombie-Britannique, le ministère du Bien-être et des Sports de la Colombie-Britannique, et le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique ont travaillé ensemble.

Il y a aussi eu des projets pilotes de santé publique APN-DGSPNI en Ontario, au Manitoba et en Saskatchewan où des représentants du gouvernement fédéral, du gouvernement provincial et des communautés ont siégé à une même table. Bien que des plans d'urgence et de préparation en cas de pandémie aient existé, la crise a mis en lumière plusieurs lacunes, particulièrement des différences en matière de champ de compétence, de responsabilités et de politiques de financement rigides. Il faut approfondir le dialogue sur les préparatifs en cas d'urgence et sur les ententes d'intervention entre la province et AINC en vue de la prestation de services d'urgence.

La surveillance des maladies des Premières nations est fragmentée. Diverses organisations — DGSPNI, ASPC, niveaux provincial, régional, national — recueillent des renseignements divers sans complémentarité appropriée ni partage. Les malentendus culturels et le manque de sensibilité en matière de langue et de pratiques ont retardé la mise en œuvre de plusieurs activités dans plusieurs régions. Les communautés devraient être approchées par l'entremise de leurs leaders et l'information qui leur est donnée devrait l'être dans une langue et sous un format appropriés à la culture.

La distribution préalable d'antiviraux et de fournitures a été efficace. Contrairement à la concentration observée en milieu urbain, certaines régions ont connu des difficultés d'accès parce que les centres de distribution les plus rapprochés étaient situés en milieu urbain; la même chose s'est produite dans le cas de la première distribution de vaccin.

Un des exemples à retenir est celui de la Colombie-Britannique où les médicaments ont été distribués par le Centre de contrôle des maladies de la province, qui avait l'expérience de la distribution de médicaments contre la tuberculose dans les communautés.

Voici quelques-unes de nos recommandations. Chaque communauté doit travailler à l'élaboration de plans régionaux et doit faire intervenir des homologues des niveaux provincial et fédéral de la santé. Cette coopération devrait aller au-delà de la planification en cas de pandémie. Il faut aussi tenir compte des pratiques culturelles lorsque l'on définit des « groupes prioritaires » pour la vaccination et la prestation de services. De même, il faut un plan pour optimiser l'utilisation des ressources; quand il y a moins de ressources dans les régions éloignées, cela signifie qu'il faut une planification appropriée pour obtenir des bénéfices maximums au lieu de simplement accroître l'afflux de ressources non appropriées. Nous recommandons aussi la création d'une infrastructure en mesure de faire face aux services de base exigés; le manque d'infrastructure de soutien pour assurer les examens préalables, la vaccination et les soins primaires a nui aux efforts pour prodiguer des soins dans les collectivités.

Just as a closing statement, First Nation communities can deal with crises such as H1N1 with competency, resiliency and dignity as long as they have the appropriate levels of capacity and resourcing.

Meegwetch.

Dr. Darlene Kitty, Board Member, Indigenous Physicians Association of Canada: I would like to thank the committee for inviting the Indigenous Physicians Association of Canada, IPAC, to participate. I would also like to acknowledge the Algonquin people of the Ottawa area as I stand before you today.

Since the 2009 pandemic, there have been many difficult situations and lessons learned from indigenous communities across Canada, including First Nations, Inuit and Metis populations in not only rural and remote areas but also urban centres.

The effects and responses to seasonal influenza and H1N1 have been variable in indigenous communities, and this is dependent on many factors, such as the poor quality of housing, overcrowded living conditions, sanitation and water quality problems, poverty and socio-economic inequalities, unemployment and lower level and quality of education.

These and other social determinants of health, as well as the lingering effects of colonization, have significantly augmented the prevalence of acute and chronic diseases such as H1N1, diabetes, obesity, heart disease and respiratory illnesses. Human and material resources affect the ability of indigenous communities to effectively deal with intermittent threats, and thus this population is particularly vulnerable to bearing an unequal impact from pandemics in the past, present and likely the future.

Past influenza epidemics have historically demonstrated higher prevalence of infections, with hospitalization rates four to five times higher and mortality four to seven times higher in First Nations than that of the general population.

The elderly, pregnant women, infants and young children have been and continue to be particularly susceptible to serious influenza infections and complications. Once again, the factors previously mentioned have played an important role in these outcomes.

The first wave was strongly felt across Canada and the world. Disturbing events occurred in First Nations communities in Northern Manitoba and Northwestern Ontario that made national headlines. The supply and training of physicians, nurses and other workers and the lack of knowledge of administrators and politicians, compounded by the challenges already faced by these communities, likely contributed to the alarming incidents, which must be examined and addressed.

For the Crees of Northern Quebec, the first-wave hospitalization rate was 33 times and ICU admissions 15 times that of the Quebec rate respectively. In Northwestern Ontario many First Nations

En terminant, je vous dirai que les collectivités des Premières nations peuvent faire face à des crises comme la H1N1 de manière compétente, avec vigueur et dignité dans la mesure où elles disposent de niveaux appropriés de capacité et de ressources.

Meegwetch.

Dre Darlene Kitty, membre du conseil de direction, Association des médecins indigènes du Canada : J'aimerais remercier le comité d'avoir invité l'Association des médecins indigènes du Canada (AMIC), à participer à ses travaux. J'aimerais aussi saluer les Algonquins de la région d'Ottawa à l'occasion de mon passage ici.

Depuis la pandémie de 2009, plusieurs situations difficiles ont pu être mises à jour et des leçons ont été apprises dans toutes les collectivités indigènes du pays, y compris parmi les populations des Premières nations, inuites et métisses des centres urbains et non seulement dans les régions rurales et isolées.

Les effets de la grippe saisonnière et de la grippe H1N1 ont varié selon les communautés autochtones, ce qui est attribuable à divers facteurs comme la piètre qualité des logements, le surpeuplement des logements, les conditions sanitaires et la qualité de l'eau, la pauvreté et les inégalités socio-économiques, le non-emploi et le niveau d'éducation plus faible et de moindre qualité.

Ces déterminants et d'autres déterminants sociaux de la santé, de même que les effets persistants de la colonisation ont grandement augmenté la prévalence de maladies aiguës et chroniques comme la grippe H1N1, le diabète, l'obésité, les maladies cardiaques et les maladies respiratoires. Les ressources humaines et matérielles affectent la capacité des communautés autochtones à bien faire face à des menaces intermittentes, de sorte que cette population est particulièrement vulnérable aux répercussions que peuvent avoir les pandémies passées, présentes et possiblement futures.

Les pandémies de grippe passées ont démontré une prévalence beaucoup plus forte d'infections et des taux d'hospitalisation de quatre à cinq fois plus élevés et des taux de mortalité de quatre à sept fois plus élevés chez les Premières nations que pour la population en général.

Les personnes âgées, les femmes enceintes, les bébés et les jeunes enfants ont été et continuent d'être particulièrement sensibles aux infections et aux complications graves de la grippe. Je le répète, les facteurs qui ont été mentionnés plus tôt ont joué un rôle important dans ces résultats.

La première vague a été fortement ressentie au Canada et ailleurs dans le monde. Des événements troublants sont survenus dans les communautés des Premières nations et dans le Nord du Manitoba et dans le Nord-Ouest de l'Ontario ont fait les manchettes des médias nationaux. La disponibilité et la formation de médecins, d'infirmières et d'autres travailleurs et le manque de connaissances des administrateurs et des politiciens, ajoutés aux problèmes auxquels ces collectivités faisaient déjà face, ont sans doute contribué au nombre alarmant d'incidents, situation qu'il faut examiner et aborder.

Pour les Cris du Nord du Québec, le taux d'hospitalisation lors de la première vague a été 33 fois plus élevé que celui du Québec, et le nombre d'admissions aux soins intensifs a été 15 fois plus

communities were hit hard, requiring many medevacs, and protective equipment and antiviral medications were urgently needed as they tried to cope with this.

For Manitoba, 37 per cent of all H1N1 cases were Aboriginal, and 60 per cent of those cases needed ICU admissions. Access to care in tertiary centre hospitals and ICUs was a significant factor. The First Nation communities in British Columbia experienced a delayed first wave with lower hospitalization rates that were still higher than that of the general population. Metis and non-status populations have been similarly affected, and notably the Inuit experience was even worse.

The data collection for H1N1 in indigenous populations has not been ideally and consistently collected. In fact, it is very likely that prevalence rates of influenza-like illness are actually higher than calculated due to under-reporting, inaccuracies in filling surveillance forms and lack of appropriate identifiers. Urban populations also need to be considered in addition to rural and remote Aboriginal groups. Future assessments must include accurate methods, including appropriate parameters and reporting systems.

In the second wave, many Aboriginal communities prepared for this by training their health care staff; instituting infection control measures; supplying gowns, gloves and masks to their nursing outposts and sanitizers out in the communities; and promoting public education.

Indigenous communities became mobilized, involved in their health care, motivated to help themselves and protect the healthy, showing leadership, resiliency and advocacy. Public health education strategies became an important tool. For indigenous communities, radio messages, meetings and posters were important avenues of communication.

Provincial updates and training programs for all health care workers were instituted in most provinces, notably Ontario and Quebec. Despite this, the federal government should lead preparatory and training efforts, and coordinate and evaluate for consistency across Canada, particularly for high-priority groups such as indigenous populations.

Probably the most successful strategy to deal with the H1N1 pandemic was the expeditious production and dispensing of the H1N1 vaccine. What helped soften the impact of the second wave was the prioritized urgent vaccination of indigenous populations in rural and remote areas. Unfortunately, urban Aboriginal groups face the same challenges as those in remote communities

élevé. Dans le Nord-Ouest de l'Ontario, plusieurs communautés des Premières nations ont été durement touchées et il a fallu procéder à des évacuations sanitaires, à du matériel de protection et à des médicaments antiviraux pour tenter de faire face à cette situation en toute urgence.

Au Manitoba, 37 p. 100 de tous les cas de grippe H1N1 ont touché les Autochtones, et 60 p. 100 de ces cas ont exigé l'admission aux soins intensifs. L'accès à des soins dans des centres hospitaliers tertiaires et dans les unités de soins intensifs a été un facteur important. Pour les collectivités des Premières nations de Colombie-Britannique, la première vague a été retardée avec un taux d'hospitalisation plus faible, mais il était tout de même plus élevé que pour la population en général. Les populations métisses et non inscrites ont été affectées de manière similaire et l'expérience chez les Inuits a été pire.

La collecte de données auprès des populations autochtones touchées par la grippe H1N1 n'a pas été constante et ne s'est pas faite dans des conditions idéales. De fait, il est fort probable que les taux de prévalence de maladies associées à la grippe soient plus élevés que ce qui a été établi en raison d'une sous-déclaration, d'inexactitudes dans la façon de remplir les formulaires de surveillance et dans le manque d'identifiants appropriés. Il faut aussi tenir compte des populations urbaines en plus des groupes autochtones vivant en milieu rural et éloigné. Toutes les évaluations futures devront comprendre des méthodes précises, notamment des paramètres appropriés et des systèmes de déclaration.

Plusieurs collectivités autochtones s'étaient préparées à une deuxième vague en donnant une formation à leur personnel de soins de santé, en établissant des mesures de contrôle de l'infection, en fournissant des blouses, des gants et des masques dans les dispensaires éloignés et des produits de désinfection dans la collectivité, et en faisant la promotion et l'éducation du public.

Les communautés autochtones se sont mobilisées et se sont engagées dans leurs soins de santé, ont été motivées pour s'aider elles-mêmes et pour protéger les personnes en santé, et ont fait preuve de leadership, de résistance et de compétence. Les stratégies d'éducation en matière de santé publique sont devenues un outil important. De même, les messages diffusés à la radio, les rencontres et les affiches ont été d'importants outils de communication pour les collectivités autochtones.

La plupart des provinces, et plus particulièrement l'Ontario et le Québec, ont mis en œuvre des programmes provinciaux de mise à jour et de formation pour tous les travailleurs de la santé. Malgré tout, le gouvernement fédéral devrait prendre la tête des préparatifs et des efforts de formation, et chercher à coordonner et à évaluer l'uniformisation à l'échelle du pays, particulièrement pour les groupes à forte priorité comme les populations autochtones.

La stratégie qui a semblé la plus utile pour faire face à la pandémie de H1N1 a été la production et la distribution rapides des vaccins contre la grippe H1N1. La vaccination de toute urgence et prioritaire des populations indigènes vivant en milieu rural et éloigné aura aidé à atténuer les répercussions de la deuxième vague. Malheureusement, les groupes autochtones vivant en milieu urbain

but did not receive the same high priority for vaccination in all provinces. H1N1 immunization and public education were key elements in the second wave that helped to reduce the prevalence of H1N1 cases.

Vaccination rates were high in remote communities. For example, the Crees of Northern Quebec had a vaccination rate of 84 per cent and lower rates of hospitalization and ICU admissions in the second wave as compared to the first. Similarly, Northwestern Ontario, Northern Manitoba and B.C. also had high vaccination rates. IPAC encourages the government to more thoroughly examine statistics from various regions of Canada, including urban Aboriginal populations. This will enable further evaluation of outcomes of the 2009 pandemic to help plan an improved response to future pandemics of influenza.

In the future, pandemic planning bodies must place a high priority on First Nations, Inuit and Metis people who live in remote and rural communities, but not exclusive of urban centres. We strongly recommend that indigenous health organizations be partners in their own health care, as we know the realities of our communities and are ready, willing and able to brainstorm, help and strategize in national pandemic planning. The social responsibility of medical schools, health boards, provincial ministries of health and federal departments must be upheld and mandated to work in indigenous communities as needed in a culturally competent and safe manner. Improving communication at all levels — local, regional, provincial and federal — and coordinated efforts must take precedence.

Finally, addressing the underlying social determinants of health that have chronically resulted and continue to result in the unequal health of Aboriginal peoples will help not only in limiting the influence of a future influenza but also in improving their health in general.

The Indigenous Physicians Association of Canada upholds the vision of healthy and vibrant indigenous nations, communities, families and individuals. In this spirit, we thank you for the opportunity to speak to the committee today.

The Chair: Thank you very much. Dr. Kitty. Next we go to Mary Simon.

Mary Simon, President, Inuit Tapiriit Kanatami: Ulakuut, Mr. Chair, and to the members of the committee.

font face aux mêmes défis que ceux qui habitent les communautés éloignées, mais n'ont pas obtenu la même priorité élevée pour la vaccination dans toutes les provinces. Les campagnes d'éducation du public et d'immunisation contre la grippe H1N1 ont été des éléments clés lors de la seconde vague, aidant ainsi à réduire la prévalence des cas de grippe H1N1.

Les taux de vaccination ont été élevés dans les collectivités éloignées. Par exemple, le taux de vaccination des Cris dans le Nord du Québec a été de 84 p. 100 et ce groupe a connu les plus faibles taux d'hospitalisation et d'admission aux unités de soins intensifs lors de la seconde vague comparativement à la première. De même, les taux de vaccination ont été élevés dans le Nord-Ouest de l'Ontario, dans le Nord du Manitoba et en Colombie-Britannique. L'AMIC invite le gouvernement à examiner de plus près les données statistiques provenant des diverses régions du Canada, y compris celles qui concernent les populations autochtones en milieu urbain. Cet exercice permettra de mieux évaluer les résultats de la pandémie de 2009 et aidera à planifier une réponse améliorée à toute pandémie de grippe future.

À l'avenir, il faudrait que les organismes chargés de la planification en cas de pandémie accordent une priorité élevée aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis qui vivent dans des collectivités éloignées et rurales, sans exclure ceux qui vivent dans des centres urbains. Nous recommandons fortement que les organismes de santé autochtone deviennent des partenaires de leurs propres soins de santé, puisque nous connaissons bien les réalités qui caractérisent nos collectivités et que nous sommes prêts à rechercher des idées, à aider et à établir des stratégies dans la planification nationale en cas de pandémie, que nous sommes disponibles pour le faire et que nous en avons la capacité. Il faut maintenir et accentuer la responsabilité sociale des écoles de médecine, des régies de la santé, des ministères fédéral et provinciaux de la Santé et leur demander de travailler dans les collectivités autochtones selon les besoins, d'une manière compétente aux plans culturel et sécuritaire. La priorité doit être d'améliorer les communications à tous les niveaux — local, régional, provincial ou fédéral — et de coordonner les efforts.

Finalement, en abordant les déterminants sociaux sous-jacents à la santé qui sont à l'origine d'iniquités chroniques et continues en matière de santé chez les peuples autochtones, on contribuerait non seulement à limiter l'influence d'une grippe future, mais également à améliorer la santé en général de ces populations.

L'Association des médecins indigènes du Canada maintient la vision de nations, de collectivités, de familles et d'individus en santé et dynamiques chez les Autochtones. Dans cet esprit, nous vous remercions de l'opportunité que vous nous offrez de nous adresser à votre comité aujourd'hui.

Le président : Je vous remercie, docteure Kitty. Nous passons maintenant à Mme Mary Simon.

Mary Simon, présidente, Inuit Tapiriit Kanatami : Ulakuut, monsieur le président, et membres du comité.

Thank you for the invitation to speak to you this morning on the topic of pandemic preparedness. It has been a little over a year since our organization appeared before the House of Commons Standing Committee on Health to speak about the issue of H1N1 and its effect on Inuit.

At that time, the highest rate of H1N1 infection in the country was being experienced in Nunavut, where case numbers approached 600 — 5 per cent of the population.

Inuit weathered last year's pandemic with experience borne of previous outbreaks. In the early 1900s, the Spanish flu wiped out entire Inuit communities in a matter of days. This time we were lucky. Canadians were lucky, but we may not be so lucky next time, so I call on the members of this house and on all parliamentarians to support Inuit as we prepare ourselves for the next one. In that regard, I have a few key recommendations.

First, support the creation of an Inuit-specific process for pandemic planning. Health Minister Leona Aglukkaq introduced the idea of an Inuit-specific annex to the Canadian pandemic plan to her provincial and territorial colleagues last year. They turned her down. We feel they were wrong.

I do not lay the blame for this situation on this current government and certainly not on our health minister. This deplorable situation has been decades in the making. Inuit are very proud to work with Minister Aglukkaq because we know that she understands the health conditions and the needs of Arctic peoples and is trying to make a difference for us.

Nevertheless, in its current form, the Canadian pandemic plan does not address issues unique to Inuit communities. A year and a half after the first cases were diagnosed in Inuit regions, there is nothing in our national pandemic planning document to address gaps in the rollout of the H1N1 prevention program in Inuit communities and prepare us for the next pandemic.

As many of you know, most Inuit communities have no roads, hospitals, doctors or pharmacies. Many have health clinics, which are staffed by nurses. Doctors fly in and out on a regular basis in most communities. Staff turnover is high. In the case of a pandemic, these people may also choose to leave and return to their families.

Community-based health care may not be seen as an essential service in most parts of the country, but in our communities, they are our only access to treatment. In some cases, the maintenance person may also be the ambulance driver.

Je vous remercie de l'invitation à prendre la parole devant votre comité ce matin sur la question des préparatifs en vue d'une pandémie. Il y a déjà un peu plus d'un an notre organisation témoignait devant le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes pour aborder la question de la grippe H1N1 et ses répercussions pour les Inuits.

À cette époque, c'est le Nunavut qui connaissait le taux d'infection le plus élevé au pays pour la grippe H1N1 avec un nombre de cas approchant les 600, c'est-à-dire cinq pour cent de la population.

Les Inuits ont surmonté la pandémie de l'an dernier grâce à l'expérience acquise lors d'épidémies précédentes. Au début des années 1900, la grippe espagnole a décimé des collectivités inuites entières en quelques jours. Cette fois-ci, nous avons eu de la chance. Les Canadiens ont eu de la chance, mais nous ne serons peut-être pas toujours aussi chanceux. Je fais donc appel aux députés de la Chambre et à tous les parlementaires afin qu'ils appuient les Inuits dans leurs préparatifs en vue de la prochaine pandémie. À cet égard, j'ai quelques recommandations clés à formuler.

Premièrement, il faut soutenir l'établissement de processus de planification en cas de pandémie qui soient propres aux Inuits. La ministre de la Santé, Leona Aglukkaq, a lancé l'idée d'une annexe propre aux Inuits au plan canadien de lutte contre la pandémie lorsqu'elle s'adressait à ses collègues provinciaux et territoriaux l'an dernier. L'idée a été rejetée, à tort, estimons-nous.

Je ne cherche pas à imputer la responsabilité de la situation au gouvernement actuel, et certainement pas à notre ministre de la Santé. Cette situation déplorable remonte à plusieurs décennies. Les Inuits sont très fiers du travail accompli avec la ministre Aglukkaq parce que nous savons qu'elle comprend les conditions de santé et les besoins des gens qui vivent dans la zone arctique et qu'elle cherche à faire des choses qui nous aiderons.

Malgré cela, dans sa forme actuelle, le plan canadien de lutte en cas de pandémie n'aborde pas les questions qui sont propres aux communautés inuites. Un an et demi après l'apparition des premiers cas de grippe dans la région où habitent les Inuits, il n'y a toujours rien dans notre document de planification nationale en cas de pandémie permettant d'aborder les lacunes observées dans l'exécution du programme de prévention de la grippe H1N1 au sein des collectivités inuites et de nous préparer à la prochaine pandémie.

Comme plusieurs d'entre vous le savez, il n'y a ni routes, ni hôpitaux, ni médecins, ni pharmacies dans la plupart des collectivités inuites. On trouve plusieurs cliniques de santé dirigées par des infirmières. Les médecins viennent par avion sur une base régulière dans la plupart des collectivités. Le taux de roulement du personnel est élevé. En cas de pandémie, ces personnes pourraient également choisir de quitter la région et de retourner auprès de leurs familles.

Un régime de soins de santé axé sur la collectivité peut ne pas sembler un service essentiel dans la plupart des régions du pays, mais dans nos collectivités, c'est le seul accès à un traitement. Dans certains cas, la personne qui assure la permanence peut être le conducteur de l'ambulance.

We are dependent on air travel and, in turn, on the weather. Some years ago, a representative from the Public Health Agency of Canada told a group of meeting participants that antivirals could be sent to any community in Canada within 12 hours. If you have ever been to the High Arctic, then you know that that is simply not true.

We need an Inuit-specific approach to Canadian pandemic planning, and we need it to be prepared with us and not for us. It must reflect our realities and include what we have learned from our journey with H1N1. It must be a meaningful plan, able to guide us in the future to the level of preparedness that we deserve.

Second, begin the very serious work of addressing the social determinants of health. Inuit live in some of the most crowded living conditions in Canada. In 2006, about 15,000 — or more than 30 per cent of Inuit — lived in crowded homes. This includes 40 per cent of children aged 14 and under. For most regions, this represents a decline from the previous decade, but in Nunavik, where I am from, which is in Arctic Quebec, crowding has actually increased to nearly 50 per cent. Clearly we have more work to do.

Overcrowded housing allows infectious respiratory diseases to spread uncontrolled and hinders our ability to reduce the risk to others. The poor general health of our population, the result of poverty and food insecurity, also facilitates the spread and severity of disease. The Human Development Index, which measures life expectancy, standard of living and education, ranks Canada at fifth place in the world, yet Inuit communities would stand at ninety-eighth place of 177 countries in the same ranking.

Access to health care is a great concern at the best of times and even greater during a pandemic. We lack the equipment, resources and services that patients require. X-rays and other diagnostic tools and treatments are simply not available.

We need expanded access to home and community care. Existing resources are already compromised by limited funding, a shortage of health professionals and the inability of communities to provide more specialized services.

The life expectancy of Inuit should be rising, not continuing to fall. At the end of the day, Canada will be judged on the efforts made to improve the health of all Canadians.

I look forward to your questions.

The Chair: Thank you very much, and finally we have Rosella Kinoshameg, President of the Aboriginal Nurses Association of Canada.

Rosella Kinoshameg, President, Aboriginal Nurses Association of Canada: Good morning. I thank you for the invitation to present on the issue of pandemic preparedness. The Aboriginal Nurses Association of Canada, ANAC, is the only Aboriginal professional nursing organization in Canada formally established

Nous dépendons de l'avion et, partant, des conditions météorologiques. Il y a quelques années, un représentant de l'Agence de la santé publique du Canada a dit à un groupe de personnes qui assistaient à une réunion que les antiviraux pouvaient être envoyés vers toute collectivité au Canada dans les 12 heures. Si vous vous êtes déjà rendu dans le Haut-Arctique, vous savez que cela n'est pas vrai.

Il nous faut une approche propre aux Inuits pour la planification en cas de pandémie au Canada, et elle doit être élaborée avec nous, et non pour nous. Elle doit refléter nos réalités et inclure ce que nous avons appris de l'aventure avec la grippe H1N1. Il doit s'agir d'un plan utile, capable de nous guider dans le futur jusqu'au niveau de préparation auquel nous avons droit.

Deuxièmement, il faudrait amorcer un travail très sérieux sur les déterminants sociaux de la santé. Les Inuits sont ceux qui vivent dans les logements les plus surpeuplés au Canada. En 2006, environ 15 000 Inuits, c'est-à-dire plus de 30 p. 100 de la population, vivaient dans des logements surpeuplés. Cela comprend 40 p. 100 des enfants de 14 ans et moins. Dans la plupart des régions, cela représente un déclin par rapport à la décennie précédente, mais au Nunavik, d'où je suis, et qui se situe dans l'Arctique au Nord du Québec, le surpeuplement s'est accru de près de 50 p. 100. Il y a manifestement beaucoup de travail à faire de ce côté.

La vie dans des logements surpeuplés favorise la propagation débridée des maladies respiratoires infectieuses et nuit à notre capacité de réduire les risques pour les autres. Le piètre état de santé général de notre population, qui résulte de la pauvreté et d'une insécurité alimentaire, facilite également la propagation et la gravité des maladies. Selon l'Indice du développement humain, qui mesure aussi l'espérance de vie, le niveau de vie et l'éducation, le Canada se classe au cinquième rang dans le monde. Pour leur part, selon ce même indice les collectivités inuites se situeraient au 98^e rang sur 177 pays.

Dans le meilleur des cas, l'accès aux soins de santé est une forte préoccupation et la situation est pire durant une pandémie. Nous n'avons pas l'équipement, ni les ressources, ni les services dont les patients ont besoin. Les appareils à rayons X et d'autres outils de diagnostic et de traitement ne sont tout simplement pas disponibles.

Nous devons élargir l'accès aux soins à domicile et dans la collectivité. Les ressources existantes sont déjà compromises par le financement limité, une pénurie de professionnels de la santé et l'incapacité des collectivités d'offrir davantage de services spécialisés.

L'espérance de vie des Inuits devrait s'élever et non continuer de décliner. En bout de ligne, le Canada sera jugé pour les efforts qu'il déploie pour améliorer la santé de tous les Canadiens.

Je compte bien répondre à vos questions.

Le président : Je vous remercie. En dernier lieu, nous accueillons Mme Rosella Kinoshameg, présidente de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada.

Rosella Kinoshameg, présidente, Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada : Bonjour. Je vous remercie de nous avoir invités à soumettre notre point de vue sur l'état de préparation à une pandémie. L'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIAC) est la seule organisation

in 1975 out of the recognition that Aboriginal people's health needs could be best met and understood by health professionals of a similar cultural background. Our vision is wellness of Aboriginal people by supporting Aboriginal nurses across Canada, many of whom work in First Nations communities in various capacities.

Besides being the president of ANAC, I worked full-time as a health director in a First Nations community up until October 2009, retired briefly, then went to work in another community to assist with the H1N1 activities. Based on my experiences, I speak from both perspectives.

In regard to the issues concerning Canada's past pandemic preparedness, in the spring of 2009, we heard from the media about how the H1N1 was spreading rapidly, and from attending teleconferences with First Nations and Inuit health officials, we learned how several First Nations communities were being severely impacted.

These are the well-known factors that have already been quoted.

The following are some statistics from the Public Health Agency of Canada: In wave one, at least 20 per cent of all hospitalized cases were Aboriginal peoples and 11.7 per cent of deaths. In wave two, at least 4.6 per cent of the hospitalized cases were Aboriginal peoples and 6.1 per cent of deaths.

On a positive note, 95 per cent of Canada's First Nations communities had a pandemic plan in place. The Chiefs of Ontario in their report to First Nations communities in Ontario said, "Ontario is the first province in Canada to develop an influenza pandemic plan specifically dedicated to First Nations people." The planning started in Ontario in 2004, when the Ontario Health Plan for an Influenza Pandemic, OHPIP — a First Nations technical working group — was formed. Also the Chiefs of Ontario had added, "The comprehensive pandemic plans that have already been developed give us a degree of confidence that we will be able to cope with the H1N1 flu in First Nations communities in Ontario and in the rest of Canada."

I attended a pandemic preparedness round table in June hosted by the Canadian Federation of Nurses Unions, and a presenter there said that the level of preparedness on reserves has increased significantly as a result of H1N1. Today, close to 98 per cent of First Nations communities have a community pandemic plan. Furthermore, during H1N1, there was a 64 per cent vaccine coverage rate in First Nations communities, which was 20 per cent higher than the national average coverage.

d'infirmières et d'infirmiers autochtones professionnels au Canada. Elle a été établie en 1975 parce que les besoins en santé des peuples autochtones pouvaient être mieux servis et compris par des professionnels de la santé ayant une même base culturelle. Notre vision est d'assurer le bien-être des peuples autochtones en soutenant les infirmières et infirmiers autochtones partout au Canada; plusieurs d'entre eux travaillent dans des collectivités des Premières nations à divers titres.

En plus d'être présidente de l'AIAC, j'ai travaillé à plein temps comme directrice de la santé d'une collectivité des Premières nations jusqu'en octobre 2009, puis je me suis retirée brièvement et je suis retournée dans une autre collectivité pour l'aider lors des activités entourant la grippe H1N1. Mon expérience me permet de parler des deux points de vue.

En ce qui a trait aux questions qui touchent la préparation du Canada en vue de la dernière pandémie survenue au printemps de 2009, les médias nous ont appris la rapidité avec laquelle la grippe H1N1 s'était propagée. Comme j'ai participé à des conférences téléphoniques avec des responsables de la santé des Premières nations et des Inuits, je sais que plusieurs collectivités des Premières nations ont été durement touchées.

Ce sont là des faits bien connus qui ont déjà été cités.

Les données statistiques suivantes nous viennent de l'Agence de la santé publique du Canada. Lors de la première vague, au moins 20 p. 100 de toutes les personnes hospitalisées étaient des Autochtones, et 11,7 p. 100 des décès visaient des Autochtones. Lors de la deuxième vague, au moins 4,6 p. 100 des personnes hospitalisées étaient des Autochtones et 6,1 p. 100 des personnes décédées étaient également des Autochtones.

Sur une note plus positive, 95 p. 100 des collectivités des Premières nations du Canada disposaient d'un plan en cas de pandémie. Dans le rapport aux communautés des Premières nations de l'Ontario, les chefs de l'Ontario ont dit « L'Ontario est la première province du Canada à élaborer un plan en cas de pandémie de grippe spécifiquement consacrée aux peuples des Premières nations ». Le travail de planification a commencé en Ontario en 2004, au moment où s'amorçait la préparation du plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (le Plan) avec un groupe de travail technique des Premières nations. De même, les chefs de l'Ontario ont ajouté « Les plans complets de lutte contre une pandémie qui ont été élaborés nous ont donné un certain niveau de confiance que nous pourrions faire face à une grippe H1N1 dans les collectivités des Premières nations en Ontario et ailleurs au Canada ».

J'ai participé à une table ronde sur la préparation à une pandémie qui s'est tenue en juin, organisée par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, au cours de laquelle le présentateur a dit que le niveau de préparation dans les réserves s'était sensiblement accru à la suite de la grippe H1N1. Aujourd'hui, près de 98 p. 100 des collectivités des Premières nations ont un plan en cas de pandémie. De plus, lors de l'épisode la grippe H1N1, le taux de couverture des vaccins a été de 64 p. 100 dans les collectivités des Premières nations, ce qui est 20 p. 100 plus élevé que la couverture nationale moyenne.

Many lessons learned from the response to the 2009 pandemic virus have been presented. Dr. Arlene King, Ontario's Chief Medical Officer of Health, gave a report in June 2010 on how well Ontario responded to the H1N1 pandemic but said that greater coordination and standardization was needed for future health emergencies. The report recommended that the current spirit of collaboration be built on to ensure the province continues to be ready for future emergencies.

The Registered Nurses Association of Ontario, RNAO, in their feedback applauded "the government's efforts to remedy the response to SARS" and expressed the feeling that "the province was much better prepared to respond to the pH1N1 influenza outbreak."

Dr. Annalee Yassi, who had also presented on lessons learned, highlighted the need to take a proactive rather than a reactive approach. She said that there was confusion with PPE use, low levels of supplies, inadequate levels of staffing, excessive workloads, conflicting and confusing information and that the vaccination campaigns targeting health care workers failed.

The Aboriginal Nurses Association of Canada in the feedback documented to PHAC and Health Canada provided their perspectives on PHAC and Health Canada's interaction with the organization during the period of April 2009 to January 2010. ANAC's role was to provide input to the Aboriginal relations and strategic relations PHAC committee. It was also a frequent and timely two-way conduit of information between ANAC and PHAC through sharing of information, raising issues at the teleconference briefings and doing a quick dissemination of the information to its members. Members found this absolutely timely and ahead of information shared from local health authorities, hospitals or local infection control personnel. Regular email updates were considered a phenomenal way to educate, and the links provided quick reference.

PHAC was the primary source of information that was found to be useful, accurate and accessible. Some members accessed their website directly for useful resources.

With respect to the roles of all levels of government in pandemic preparedness, Health Canada has a major role in its networks with First Nation communities. INAC is responsible for emergency management. AFN also works with First Nation communities. The Ontario Ministry of Health and Long-Term Care collaborated with provincial and municipal governments, public health units and health care stakeholders and worked closely with the Chiefs of Ontario and First Nations leadership. On their website, they posted *Guidance on Public Health Measures for the Pandemic H1N1 Influenza Virus in First Nation Communities*. The Chiefs of Ontario had a role to notify the community's leadership and also the regional chief.

Au cours de ce colloque, on a présenté plusieurs des leçons apprises lors des interventions pour contrer la pandémie de 2009. Le Dre Arlene King, médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, a préparé un rapport en juin 2010 dans lequel elle dit que l'Ontario a bien réagi à la pandémie de grippe H1N1, ajoutant qu'il fallait une meilleure coordination et une meilleure normalisation en prévision d'urgences futures en matière de santé. Le rapport recommandait que l'esprit de collaboration actuel se développe pour faire en sorte que la province continue ses préparatifs en vue d'urgences éventuelles.

En réponse à ce document, l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, a applaudi « les efforts du gouvernement pour apporter des correctifs à la réponse au SRAS » et exprimé le souhait que « la province soit beaucoup mieux préparée pour répondre à toute pandémie de grippe H1N1 ».

Le Dre Annalee Yassi, qui a également parlé des leçons apprises, a mis l'accent sur la nécessité d'adopter une approche proactive plutôt que réactive. Elle a mentionné la confusion concernant l'utilisation d'EPI, les faibles niveaux d'approvisionnement, les niveaux inappropriés de dotation, les charges de travail excessives, les renseignements conflictuels et portant à confusion, de même que l'échec des campagnes de vaccination visant les travailleurs de la santé.

Dans son document de rétroaction fournit à l'ASPC et à Santé Canada, l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada donne son point de vue sur l'interaction entre l'Agence de santé et Santé Canada au cours de la période d'avril 2009 à janvier 2010. Le rôle de l'AIAC a été de fournir un apport au comité de l'ASPC sur les relations avec les Autochtones et sur les relations stratégiques. Il s'agissait d'un vecteur d'échanges fréquents et opportuns de renseignements entre l'AIAC et l'ASPC permettant de partager de l'information, de soulever des questions lors des téléconférences et de diffuser rapidement l'information aux membres. Les membres ont trouvé que cette façon de procéder permettait d'obtenir rapidement de l'information en provenance des autorités de santé locale, des hôpitaux ou du personnel du bureau local de contrôle des infections. Les mises à jour régulières par courriel ont été considérées comme une façon extraordinaire d'éduquer et les liens fournis donnaient accès à des références rapides.

L'ASPC a été la principale source d'information utile, précise et accessible. Certains membres accédaient à leur site web directement pour obtenir les ressources utiles.

En ce qui a trait aux rôles de tous les niveaux de gouvernement lors de la préparation en vue d'une pandémie, Santé Canada a été un intervenant majeur grâce à son réseau avec les collectivités des Premières nations. AINC est responsable de la gestion des urgences. L'APN travaille également avec les collectivités des Premières nations. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a collaboré avec les gouvernements provinciaux et les administrations municipales, avec les unités de santé publique, et avec les intervenants en soins de santé, et il a travaillé en étroite collaboration avec les chefs de l'Ontario et les leaders des Premières nations. Le ministère a affiché sur son site web le document *Guidance on Public Health Measures for the*

Many recommendations were made. Many of them had to do with the PPE needs, staffing needs and improving communication and organization. Recommendations also included establishing lines of communication and collaboration, human resource capacity, recruitment and retention, some structural changes and greater powers for Ontario's Chief Medical Officer of Health, CMOH.

The processes related to pandemic preparedness deal with the planning needs and the coordinated response to the possible risks, hazards and vulnerabilities; identify resources; continue to plan and prepare; and be involved.

The *Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health Sector* listed helpful information in all of their annexes, from A to P. The Workplace Safety and Insurance Board of Ontario, WSIB, had a pandemic preparedness checklist, and many organizations offered considerations on the promotion of best practices, such as the RNAO and the Canadian Nurses Association, CNA.

With respect to the ethical issues related to pandemic preparedness, PHAC listed some ethical considerations that can be found under "Background," section 6.0, "Ethics and Pandemic Planning," and also lists Annex D, G and H.

CNA also listed several things such as the "Code of Ethics for Registered Nurses," nurses' ethical considerations in a pandemic or other emergency and a position statement on emergency preparedness and response.

The University of Toronto also published some discussion papers, and one was on ethical issues and H1N1 swine flu pandemic, including the topics of duty to care, priority setting, H1N1 vaccinations, restrictive measures, global ethics, risk communications and vulnerability.

The Government of Ontario's *Ontario Health Plan for an Influenza Pandemic*, Chapter 2, outlines ethical decision-making frameworks.

The Canadian Federation of Nurses Unions, CFNU, had an interesting presentation by Dr. Cecile Bensimon. She said that because issues related to pandemic planning and responses have ethical underpinnings, she proposed that an ethical framework be used to guide such decision making and consider values we use in emergency decision making before another crisis happens.

From my own comments and observations, many government organizations have worked together in collaboration and partnerships over the years in pandemic planning. Many guidelines have been developed and updated, and now there is

Pandemic H1N1 Influenza Virus in First Nation Communities. Les chefs de l'Ontario avaient pour mandat d'aviser les leaders de la collectivité de même que les chefs régionaux.

Plusieurs recommandations ont été formulées et plusieurs d'entre elles concernaient les besoins en EPI, les besoins de dotation et l'amélioration des communications et de l'organisation. Les recommandations comprenaient également l'établissement de voie de communication et d'une meilleure collaboration, l'amélioration des ressources humaines, le recrutement et le maintien en poste, certains changements structurels et l'attribution de plus de pouvoir pour le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario.

Les processus reliés à la préparation à une pandémie comprennent le besoin d'une planification et d'une intervention coordonnée en cas de risques, de dangers ou de vulnérabilités; l'identification des ressources, la persistance dans la planification et la préparation; et l'engagement.

Les annexes A à P du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé* contiennent beaucoup de renseignements utiles. La Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario avait également une liste de vérifications pour les préparatifs en vue d'une pandémie et plusieurs organisations ont fourni une opinion sur la promotion des meilleures pratiques, notamment l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

En ce qui a trait aux questions éthiques reliées à la préparation en vue d'une pandémie, l'ASPC a publié certaines considérations que l'on peut trouver à la section 6.0, « Éthique et planification en cas de pandémie », de même que dans les annexes D, G et H du Plan.

L'AIIC a également énuméré plusieurs documents comme le « Code d'éthique des infirmières et infirmiers autorisés », des considérations éthiques pour les infirmières et les infirmiers en cas de pandémie ou d'autres situations d'urgence et un énoncé de principe concernant la préparation et l'intervention en cas d'urgence.

L'Université de Toronto a également publié certains documents de travail dont l'un portait sur des questions éthiques et sur la pandémie H1N1, y compris des sujets sur le devoir de diligence, l'établissement des priorités, la vaccination contre la grippe H1N1, les mesures restrictives, l'éthique mondiale, la communication du risque et la vulnérabilité.

Le chapitre 2 du *Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe* décrit le cadre de prises de décision éthiques.

La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers a bénéficié d'un exposé intéressant de la part du Dre Cecile Bensimon. Puisque la planification en prévision d'une pandémie et les interventions ont des aspects éthiques, elle propose un cadre de travail éthique pour cette prise de décisions et aussi pour tenir compte des valeurs que nous utilisons dans des situations d'urgence, avant qu'une autre crise ne se produise.

À partir de mes observations, plusieurs organisations gouvernementales ont collaboré et établi des partenariats au fil des années dans le cadre de la planification en vue d'une pandémie. Plusieurs lignes directrices ont pu être ainsi élaborées

so much information on many websites. Many organizations have provided responses to lessons learned, and it would be good if all those could be combined together to look at what did not work well, what did work well and what needs to be improved for future pandemic preparedness.

ANAC members highlighted that Health Canada, in collaboration with PHAC, should be the first choice for accessing information with respect to First Nation communities.

It was interesting to read that 95 per cent of First Nation communities had a pandemic plan. These plans were tested during the pandemic period and issues surfaced, such as confusion in messaging. Therefore, better communication and improved leadership relationships and a national lead and voice are needed. Other issues include a bombardment of information from every source — too much at times; frequent teleconferences for updates versus media coverage for public awareness; changes in priorities; vaccine supply and rationing by public health units; and inadequate staffing.

PHAC had requested ANAC to let retired nurses know that if they were interested in helping with H1N1 support, they should contact regional First Nations and Inuit health offices or friendship centres if living in urban areas, to be connected to their efforts for surge response. However, no plans were in place yet, and people were bounced around.

Most helpful, but after the fact, were the following documents: *A First Nations Wholistic Approach to Pandemic Planning: A Lesson for Emergency Planning*, which was completed in 2007; *Guidance on Public Health Measures for the Pandemic H1N1 Influenza Virus in First Nation Communities*. The most helpful websites were PHAC, which had Annex B: "Influenza Pandemic Planning Considerations in On Reserve First Nations Communities," and information found on the Ontario First Nations Pandemic website that had the latest H1N1 virus and situational updates and posters. Again, I found that out later, after the fact. There was also a report entitled *First Nations Risk Assessment Tool for Large Gatherings*.

The Canadian Nurses Association was another good site for nursing information on ethics. ANAC provided H1N1 updates with a long list of useful PHAC information guides, printable handouts and tools that were much appreciated.

The Chair: Thanks to all of you. I have a quick question for Dr. Kitty.

You have brought something else in here that perhaps should be apparent to all of us. We have been talking about all of the plans, a high number of plans, in rural and remote areas and First Nations areas, but you have also brought in the question of the social determinants of health, something this committee is

et mises à jour et aujourd'hui, plusieurs sites web contiennent beaucoup d'information. Plusieurs organisations ont réagi aux leçons apprises et il serait bien que l'on puisse combiner toutes ces réactions afin de d'identifier ce qui n'a pas fonctionné et ce qui a bien fonctionné et de déterminer ce qui doit être amélioré pour les préparatifs futurs.

Les membres de l'AIAC ont souligné que Santé Canada, en collaboration avec l'ASPC, devrait être le premier choix pour l'accès à l'information concernant les collectivités des Premières nations.

Il est intéressant de lire que 95 p. 100 des collectivités des Premières nations disposaient d'un plan en cas de pandémie. Ces plans avaient été mis à l'essai lors de la pandémie et avaient permis de relever des problèmes comme la confusion dans les messages diffusés. Par conséquent, il faut améliorer les communications et les rapports avec le leadership et se doter d'une direction et d'une voix nationales. D'autres questions comprennent le bombardement d'information de toute provenance, ce qui est trop à la fois; les téléconférences fréquentes pour les mises à jour par rapport à la couverture médiatique pour sensibiliser le public; les changements de priorité; la fourniture et le rationnement des vaccins par les unités de sante publique; et le manque de personnel.

L'ASPC avait demandé à l'AIAC de dire aux infirmières et infirmiers à la retraite que s'ils étaient intéressés à aider dans le cadre de la grippe H1N1, ils devaient communiquer avec les bureaux de santé ou avec des centres d'amitié des Premières nations et des Inuits s'ils habitent dans des milieux urbains, afin que l'on puisse compter sur eux en cas de besoin. Toutefois, aucun plan n'était en place et les gens ont été renvoyés à droite et à gauche.

Les documents suivants ont été fort utiles, mais ils sont arrivés après coup : *A First Nations Wholistic Approach to Pandemic Planning : A Lesson for Emergency Planning*, terminé en 2007, et *Guidance on Public Health Measures for the Pandemic H1N1 Influenza Virus in First Nation Communities*. Les sites web les plus utiles ont été ceux de l'ASPC, qui affichaient l'annexe B intitulée « Considérations relatives au plan de lutte contre la pandémie d'influenza pour les communautés des Premières nations vivant dans les réserves ». De plus, site web des Premières nations en Ontario fournissait des mises à jour constantes concernant la pandémie H1N1. Je le répète, je n'ai eu accès à ces ressources qu'après coup. Il y a aussi eu un rapport intitulé *First Nations Risk Assessment Tool for Large Gatherings*.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada était un autre bon site de renseignements sur l'éthique des soins. L'AIAC a fourni des mises à jour sur la grippe H1N1 accompagnées d'une longue liste de renseignements utiles sur l'ASPC, des documents imprimés de même que des outils qui ont été fort appréciés.

Le président : Merci à vous tous. J'ai une question rapide pour le Dre Kitty.

Vous avez soulevé un aspect qui devrait sans doute être apparent pour nous tous. Nous avons parlé de tous les plans, d'un grand nombre de plans dans les régions rurales et éloignées, dans les régions occupées par les Premières nations, mais vous avez aussi soulevé la question des déterminants sociaux de la santé, une

familiar with, having done a study on it. You have mentioned the poor quality of housing, overcrowded living conditions, sanitation, poverty, unemployment and education.

Tell me more about how you feel the different orders of government need to work together to deal with these issues as a means of also dealing with pandemic preparedness. These issues are still outstanding. Will we still have a difficult time having overrepresentation amongst those who suffer from the pandemics, the influenza, when they happen?

Dr. Kitty: The social determinants of health are a priority for our indigenous health care workers because we see that every community is affected by poor infrastructure. Building quality is not good. The challenges of weather and the environment affect that and so do the social aspects, such as 15 people living in a house. How can you prevent people from passing the influenza to each other without having clean water, good hygiene, et cetera?

It is a priority for indigenous health, not only H1N1 pandemic planning.

Ms. Simon: That is a critical issue because it touches on other determinants that relate to respiratory illness. For instance, babies and young children have a high incidence of respiratory illness in our Inuit communities. That has an impact on any disease that comes into our communities.

We are not talking about other communicable diseases right now, but currently in the Canadian Arctic, we have tuberculosis in our communities, and that is a highly contagious disease. We do not have the infrastructure and the capacity to address that issue properly. We thought if we called this particular H1N1 process the "H1TB initiative," it would perhaps receive the level of attention that we would like on the tuberculosis issue as well. These are interconnected, as you said, with the living conditions. We were lucky this time, but we might not be so lucky next time.

Mr. Toulouse: I want to re-emphasize the social determinants, namely, the housing conditions, lack of infrastructure, water and so on in many of the First Nation communities. There is willingness on the part of these communities to have the best infrastructure, but without the cooperation and willingness of INAC in our communities to, first, address the fundamental issues of better infrastructure. The effects of these strains of viruses continuing to have a much greater impact on our community than on anyone else is not what we expect in this day and age, especially when we see the services available to everyone else.

The bottom line is the ongoing poor housing. It underlies many of the issues that we continue to discuss.

notion avec laquelle notre comité est familier puisqu'il a déjà fait une étude sur le sujet. Vous avez aussi mentionné la piètre qualité des logements, le surpeuplement des logements, les questions sanitaires, la pauvreté, le non-emploi et l'éducation.

Pouvez-vous me préciser comment les différents ordres de gouvernement devraient collaborer pour régler ces problèmes et ultimement pour se préparer à une pandémie. Ces questions sont toujours en suspens. Continuerons-nous d'avoir une surreprésentation chez ceux qui souffrent de la pandémie, de la grippe lorsqu'elle se produira?

Dre Kitty : Les déterminants sociaux de la santé sont une priorité pour nos travailleurs des soins de santé autochtones parce que nous constatons que toutes les collectivités sont affectées par une piètre infrastructure. La qualité des constructions n'est pas bonne. Les difficultés associées à la météo et à l'environnement y contribuent de même que les aspects sociaux, par exemple quand 15 personnes vivent dans une maison. Comment pouvez-vous empêcher les gens de se transmettre la grippe les uns aux autres sans avoir accès à de l'eau propre, sans bonnes habitudes d'hygiène, et cetera?

C'est là une priorité en matière de santé autochtone, et non seulement dans le cadre de la planification d'une pandémie de H1N1.

Mme Simon : C'est une question critique qui déborde sur d'autres déterminants qui ont trait aux maladies respiratoires. Par exemple, les bébés et les jeunes enfants ont une incidence élevée de maladies respiratoires dans nos collectivités inuites, et cela a des répercussions sur toutes les maladies qui touchent nos collectivités.

Il n'est pas question ici d'autres maladies transmissibles. Dans l'Arctique canadien, nos collectivités sont aux prises avec des cas de tuberculose, une maladie hautement contagieuse. Nous n'avons pas l'infrastructure ni les capacités nécessaires pour aborder ce problème. Peut-être que si nous parlions de « l'initiative H1TB » par analogie avec la grippe H1N1 nous pourrions recevoir le niveau d'aide approprié pour faire face au problème de la tuberculose. Vous l'avez dit, ces maladies sont liées aux conditions de vie. Nous avons été chanceux cette fois-ci, mais nous ne serons peut-être pas aussi chanceux la prochaine fois.

M. Toulouse : Permettez-moi d'insister à nouveau sur les déterminants sociaux, plus particulièrement les conditions de logement, le manque d'infrastructure, la qualité de l'eau et ainsi de suite qui touchent les collectivités des Premières nations. Ces collectivités veulent avoir de meilleures infrastructures, mais il faut d'abord nous assurer de la coopération et de la volonté de l'AINC dans nos collectivités pour aborder les questions fondamentales d'une meilleure infrastructure. Les effets de ces souches de virus continuent d'avoir des répercussions beaucoup trop importantes qu'ailleurs sur notre collectivité et ce n'est pas ce à quoi nous nous attendons aujourd'hui, particulièrement quand nous savons que les services sont disponibles pour tous les autres.

En bout de ligne, tout revient à l'insalubrité des logements. Cette notion sous-tend plusieurs des questions que nous continuerons d'examiner.

Senator Martin: I want to thank all of you for your compelling presentations. From what we have heard to date, as well as from the two panels today, it seems that we have the key pieces in place. As you say, Chief Toulouse, it is a matter of optimizing those resources and continual collaboration.

Ms. Simon, you spoke about having a minister who in terms of her commitment and cultural understanding has lived it, and she will continue to be committed to ensuring that we are better prepared for the next pandemic.

Chief Toulouse, you spoke about cultural practices needing consideration, the cultural misunderstanding, and how that must be a two-way communication. As much as we try to understand the cultural sensitivities and the practices that are in place, how much more can we do, and how can we most effectively for the next time make sure that cultural practices and values are considered? You have not given the specifics, but you talk about the priority groups for vaccination and service delivery. Is that information being clearly shared with the provinces and the federal government? Was that information already made known? That is a very important gap for any of the groups in Canada, and that cultural sensitivity is one of the keys to bridging the gaps that may exist and be at the centre of many of the issues we are discussing.

Could you speak about the cultural misunderstanding and the continual education that must take place and be considered for the next plan?

Mr. Toulouse: Without initially having any working relationship with the community, the chief or the health people, misunderstandings will happen immediately if there is no input or engagement or sharing of information. As an example, in many of the communities that received the body bags, the initial reaction was "Holy smokes! We have a government who wants to put us in a body bag, and away we go."

Let us talk about the real issues, our culture and what we believe are our values and principles. We believe that, like anyone else, we need to have a healthy environment. We must have an infrastructure that works. It is not culturally acceptable that three generations of families live in one house. That is not our cultural norm. As a result of the lack of resources and recognition of the needs of our communities, we have these situations. Then it creates a total misunderstanding that government is only interested in wanting to minimize the liability and not deal with the people and our issues in terms of the social determinants of health. We have had regional health surveys asking what would create a much healthier individual, community and family.

Many times it is a lack of recognition of the governance and the community and the understanding that the First Nations need that recognition for their governance, their structures and how they need to function. Many times, as much as they know what it

Le sénateur Martin : Je tiens à vous remercier tous de vos exposés pertinents. À la lumière de ce que nous avons entendu jusqu'à maintenant, et aussi de ce que nous entendrons de la part des deux autres groupes qui doivent venir aujourd'hui, il me semble que nous avons les pièces maîtresses en main. Comme vous dites, chef Toulouse, il faut optimiser ces ressources et poursuivre la collaboration.

Madame Simon, vous avez dit que la ministre est engagée et qu'elle a une bonne compréhension de la culture et qu'elle poursuivra son engagement afin que nous soyons mieux préparés pour la prochaine pandémie.

Chef Toulouse, vous avez dit qu'il fallait considérer les pratiques culturelles, aborder les incompréhensions culturelles et établir une communication dans les deux sens. Outre le fait que nous essayons de comprendre les sensibilités et les pratiques culturelles qui existent déjà, que pouvons-nous faire de plus et que pouvons-nous faire de mieux pour que l'on puisse considérer les pratiques culturelles et les valeurs culturelles la prochaine fois? Vous n'avez pas été très précis, mais vous avez parlé de groupes prioritaires pour la vaccination et la prestation de services. Est-ce que ces renseignements sont bien partagés entre les provinces et le gouvernement fédéral? Est-ce que ces renseignements ont été diffusés? Il s'agit là d'une lacune très importante pour tous les groupes au Canada et cette sensibilité culturelle est une des clés qui permet de refermer les écarts qui peuvent exister et qui sont au centre de plusieurs problèmes dont nous discutons.

Pourriez-vous nous parler de l'incompréhension culturelle et des efforts continus d'éducation qui doivent être faits et dont il faut tenir compte pour le prochain plan?

M. Toulouse : Il faut d'abord des relations de travail avec la collectivité, le chef ou les responsables de la santé sinon il y aura des mésententes immédiates si on ne peut partager de l'information ou si on ne peut s'engager. La première réaction de plusieurs collectivités qui ont reçu des housses mortuaires a été « Nom de Dieu! Le gouvernement veut nous placer dans des housses mortuaires et se débarrasser de nous ».

Parlons des vrais problèmes, de notre culture et de ce que nous croyons être nos valeurs et nos principes. Comme tout le monde, nous croyons qu'il nous faut un environnement sain. Nous devons avoir une infrastructure qui fonctionne. Il n'est pas acceptable au plan culturel que trois générations d'une même famille vivent dans une même maison. Ce n'est pas dans notre culture. Faute de ressources et de reconnaissance des besoins de nos collectivités, nous nous retrouvons dans une telle situation. Cela crée une incompréhension totale selon laquelle le gouvernement n'est intéressé qu'à minimiser sa responsabilité et à ne pas s'occuper des gens ni de nos problèmes au plan des déterminants sociaux de la santé. Nous avons participé à des sondages régionaux sur la santé qui demandaient ce qui permettrait d'en arriver à une meilleure santé individuelle, communautaire et familiale.

Souvent, c'est un manque de reconnaissance de la gouvernance et de la collectivité qui ne tient pas compte du fait que les Premières nations ont besoin de cette reconnaissance pour leur gouvernance, leurs structures et la façon dont elles doivent fonctionner. Trop

is that they want and need, no capacity is consistently there to ensure that the safety and health of the citizens in the community will be met. That makes up much of the problem that I have seen.

Senator Martin: Can that be addressed? For instance, you have a forum where you come together to speak about the issues, and ongoing dialogue and collaboration will happen to plan for the next pandemic. You have all expressed that you are pleased with that process in which you will be engaging in preparation for the next pandemic.

Mr. Toulouse: We need to expand it so much more.

Ms. Simon: Except for the Inuit — we are not part of the pandemic plan. For First Nations, there is an annex, but for the Inuit, there is not. Therefore, we are asking to become part of the national pandemic plan.

Dr. Kitty: On your question about cultural sensitivity and cultural competency, efforts are taking place now for health care programs, such as nursing and medicine, to train their students. Once they go into practice, they will learn about different cultures and become competent in the knowledge, skills and attitudes of a different culture and work with that population. To extend that further, cultural safety is now the big buzzword. This is an extension basically recognizing the power differential between non-Native health care workers and Native patients. If you bring the two people to the same page, that will benefit collaboration and moving forward with the health care agenda.

Senator Martin: I absolutely agree with that. Thank you.

Senator Cordy: My first question has to do with the statistics on how many people were inoculated on reserves. Dr. Kitty made reference to the lack of information particularly about those living in urban areas. Do we have an accumulation of data on whether Aboriginal peoples, First Nations and Inuit living in urban areas actually contracted H1N1 and any information on the percentages of those people in urban areas who actually received the vaccination? We are seeing all the information about on-reserve, but large pockets of people who are on their own live in urban areas. Do we have information?

Second, earlier Chief Evans talked about nursing stations being at full capacity during H1N1. Ms. Simon mentioned it, and others have mentioned that the next pandemic could be worse. If they were at full capacity during H1N1, what happens if the next pandemic is worse?

souvent, même s'elles savent ce qu'elles veulent et ce dont elles ont besoin, la capacité n'existe pas pour assurer la sécurité et de la santé de nos citoyens dans la collectivité. Voilà qui constitue une bonne part du problème auquel nous faisons face.

Le sénateur Martin : Peut-on l'aborder? Par exemple, dans le cadre d'un forum où vous vous réunissez pour parler de problèmes, pour amorcer un dialogue constant et développer une collaboration en prévision de la prochaine pandémie. Vous vous êtes tous dits satisfaits du processus auquel vous participerez en préparation de la prochaine pandémie.

M. Toulouse : Il faut aller beaucoup plus loin.

Mme Simon : Sauf pour les Inuits, qui ne font pas partie du plan en cas de pandémie. Pour les Premières nations, il y a une annexe, mais pour les Inuits, il n'y en a pas. Par conséquent, nous demandons à faire partie du plan national en cas de pandémie.

Dre Kitty : Pour en revenir à votre question concernant la sensibilité culturelle et la compétence en matière de culture, on déploie actuellement des efforts pour les programmes de soins de santé comme le nursing et la médecine en vue de former les étudiants. Dès qu'ils commenceront à pratiquer, ils se familiariseront avec les différentes cultures et acquerront une compétence en matière de connaissances, d'habiletés et d'attitudes face à une culture différente et apprendront à travailler avec la population. Pour aller un peu plus loin, disons que la sécurité culturelle est maintenant une expression à la mode. Il s'agit essentiellement d'aller au-delà de la reconnaissance des différences de pouvoir qu'ont les travailleurs de la santé non autochtones et les travailleurs autochtones. Si vous mettez les deux personnes en présence l'une de l'autre, elles bénéficieront de la collaboration qui s'établira entre elles et pourront aller de l'avant avec le programme de soins de santé.

Le sénateur Martin : Je suis tout à fait d'accord avec cela. Merci.

Le sénateur Cordy : Ma première question porte sur le nombre de personnes qui ont été inoculées sur les réserves. Le Dre Kitty a fait référence à un manque d'information, particulièrement au sujet de ceux qui vivent dans les zones urbaines. Avons-nous des données sur le pourcentage des Autochtones, des membres des Premières nations et des Inuits habitant en milieu urbain qui ont contracté la grippe H1N1 et sur la proportion des personnes vivant en milieu urbain qui ont été vaccinées? Nous avons accès à toutes sortes de renseignements au sujet des réserves, mais il existe d'importants groupes de personnes qui vivent en milieu urbain. Avons-nous des renseignements à ce sujet?

Deuxièmement, le chef Evans disait que les postes de soins infirmiers étaient occupés à pleine capacité durant l'épisode de H1N1. Mme Simon l'a mentionné et d'autres aussi ont dit que la prochaine pandémie pourrait être pire. Si ces postes fonctionnaient à pleine capacité pendant la grippe H1N1, que se passerait-il si la prochaine pandémie était pire?

Ms. Kinoshameg, you mentioned the efforts to have retired nurses help out and give their names to either friendship centres in the urban areas or to Inuit or First Nations offices, but they were being bumped around. Nothing is worse than volunteering to help, and then standing around doing nothing.

Ms. Kinoshameg: On the statistics for urban areas, I do not know if that is being captured anywhere, unless it is voluntary, but there is nothing that would capture those statistics. Probably 50 per cent of our people live in urban areas. In my own community, the total population is 6,000, with 3,000 living on-reserve, so the other 3,000 are somewhere else. We do not know what their statistics were in pandemic planning.

With the nurses volunteering, I was lucky; I did not go to First Nations Inuit health or a friendship centre to give my name. I knew of one First Nations community, and they contacted me to help them out in the planning and immunizations for H1N1.

Dr. Kitty: From the 2006 Census, we know that over 60 per cent of Aboriginal people live in urban centres now. Also, when they are collecting data for H1N1 specifically, there was no tick-the-box kind of form to be filled out. The data is collected basically from what nurses collect in the emergency departments, and they do not really know the ethnicity of the patient coming in. In urban centres, that information is lost, so we do not actually know.

Some of my colleagues have informally mentioned that Aboriginal people in urban centres had much lower H1N1 vaccination rates, for whatever reason. I am not sure because the general public also did not receive as high vaccination rates as they did in indigenous communities. We can better capture that population by having more comprehensive data collection.

Senator Eaton: Ms. Simon, you said that the territories and provinces were against the Inuit having their own health annex. What were their objections? Why did they turn you down when you asked for it?

Ms. Simon: Because the Inuit live within the province, such as in Quebec and Newfoundland, we deal directly with the provinces in this type of situation.

Senator Eaton: Did they not feel you were isolated or special enough to give you your own pandemic plan?

Ms. Simon: We do not know the real rationale behind it, except that they did not see a need. With First Nations who live on reserves, there is a direct link with the federal responsibility, and in the case of Inuit living in provinces, it is the province. That was

Madame Kinoshameg, vous avez parlé des efforts qui ont été déployés pour inciter les infirmiers et les infirmières à la retraite à donner un coup de pouce et à donner leur nom soit dans des centres d'amitié en milieu urbain, soit dans les bureaux des Inuits ou des Premières nations, mais ces personnes étaient renvoyées à gauche et à droite. Rien n'est pire qu'un bénévole qui veut aider et qu'on laisse attendre à rien faire.

Mme Kinoshameg : Je n'ai pas les données statistiques pour les secteurs urbains, et je ne sais même pas si on en tient compte, à moins que ce soit sur une base volontaire. Mais il n'existe rien qui permettrait de recueillir ces données. Probablement que 50 p. 100 de nos gens vivent en milieu urbain. Dans ma propre collectivité, la population totale est de 6 000 habitants dont 3 000 vivent sur la réserve. Ce qui fait qu'il y en a 3 000 autres qui vivent ailleurs. Nous ne pensons pas que ces chiffres faisaient partie de la planification en prévision d'une pandémie.

Grâce au fait que les infirmiers et les infirmières se sont portés volontaires, j'ai été chanceuse. Je n'ai pas eu à me rendre dans un centre de santé inuit des Premières nations ni dans un centre d'amitié pour donner mon nom. Je connaissais une collectivité des Premières nations et ces gens ont communiqué avec moi pour que je puisse les aider à planifier en vue de la H1N1 et à procéder aux immunisations.

Dre Kitty : Grâce aux données du Recensement de 2006, nous savons que plus de 60 p. 100 des Autochtones vivent maintenant en milieu urbain. Quand on recueille des données portant spécifiquement sur la grippe H1N1, il n'y a pas de case à cocher sur les formulaires à remplir. Les données proviennent essentiellement des infirmières et des infirmiers travaillant dans les services d'urgence et ne font pas vraiment état de l'ethnie du patient. Dans les centres urbains, ces renseignements sont perdus et nous ne savons plus rien.

Certains de mes collègues ont mentionné de façon officieuse que les Autochtones vivant en milieu urbain affichaient un taux de vaccination beaucoup plus faible, pour une quelconque raison. Je ne suis pas sûre qu'il y ait vraiment une raison, parce que le taux de vaccination n'a pas été aussi élevé que dans les collectivités autochtones. Nous pourrions avoir une meilleure idée de la population en faisant des efforts pour procéder à une collecte de données plus globale.

Le sénateur Eaton : Madame Simon, vous avez dit que les territoires et les provinces s'opposaient à ce que les Inuits aient leurs propres établissements de santé. Quelles étaient leurs objections? Pourquoi a-t-on refusé cette demande?

Mme Simon : Parce que les Inuits vivent dans la province, comme c'est le cas au Québec et à Terre-Neuve-et-Labrador, et que nous traitons directement avec les provinces pour ce type de situation.

Le sénateur Eaton : N'a-t-on pas pensé que vous étiez isolé ou que vous étiez suffisamment particuliers pour vous donner votre propre plan en cas de pandémie?

Mme Simon : Nous ne savons pas quelle est la raison véritable, sauf que les autorités ne voyaient pas la nécessité d'une telle mesure. Du fait que les Premières nations vivent dans des réserves, cela établit un lien direct avec la responsabilité fédérale, et dans le

part of the reason, but we argue that that is not a realistic plan. If we had another pandemic in Nunavik, Northern Quebec, for instance, which is very likely, and our health care workers, who are mostly from the South, wanted to be with their families, our capacity would go right down. If the province felt that they could not actually deliver the service to our region, no federal plan exists. This is one of the reasons we see the need for an overall plan that relates to all Aboriginal peoples.

Senator Eaton: A plan is needed for specifically isolated communities, especially those in the North.

Ms. Simon: Yes. We cannot drive into any of our communities.

Senator Eaton: You are a long way away; I know that. I am sympathetic. When we do the report, this is certainly a recommendation. If you have stronger reasons, or if you gave the clerk a sheet of reasons, we could perhaps consider them when we do our report.

Mr. Toulouse, having gone through the access-to-higher-education exercise and now with this exercise, does the Indian Act need revamping or throwing out, looking at it again? It is housing, health, access to education, Aboriginal people or First Nations moving into cities. There seem to be so many issues, and it is always the same refrain. Are we fighting against a barrier, in other words, the Indian Act, that should be re-examined?

Mr. Toulouse: A fair amount of approaches and discussion have occurred in the past. The Assembly of First Nations took a recent approach to get recognition and implementation of First Nation governments. The Indian Act is a piece of legislation that everyone knows has been around since 1876 and has not had many revisions. The tinkering of it, such as some of the legislation we are seeing now in the *McIvor* decision and matrimonial real property, MRP, is not addressing the need to have those First Nation governments recognized in terms of the jurisdiction that they are exercising and want to continue to exercise in many areas, including matrimonial real property. However, that is not the priority for many of the First Nation communities; the priority is ensuring that the basic services and infrastructure are there — water, sewer, roads and houses.

Yes, absolutely the Indian Act needs to be revised. Approaches have been taken by many organizations that want to address this in a self-government approach. In many of the cases in Ontario when they were negotiating self-government, we found the current inherent rights policy that is there does not allow for what we consider the recognition of First Nation governance.

It is really limiting their administrative abilities, if you will. We need to recognize that much of the time all the Indian Act does is give resources to administer programs and services when the work

cas des Inuits qui vivent dans les provinces, la responsabilité est provinciale. Cela est une raison partielle, mais nous soutenons que ce n'est pas un plan réaliste. S'il y avait une autre pandémie au Nunavik, dans le Nord du Québec, par exemple, ce qui est très probable, et que nos travailleurs de la santé qui sont surtout des résidents qui viennent du Sud voulaient être avec leurs familles, notre capacité diminuerait presque totalement. Si la province estime qu'elle n'est pas capable de nous offrir le service en région, il n'existe pas de plan fédéral pour le faire. C'est une des raisons pour lesquelles il faut un plan d'ensemble qui touche tous les peuples autochtones.

Le sénateur Eaton : Il faut un plan spécifique pour les collectivités isolées, particulièrement celles du Nord.

Mme Simon : Oui. Il n'y a pas de route qui mène à l'une ou l'autre de nos collectivités.

Le sénateur Eaton : Vous êtes très loin. Je sais, je suis sympathique à votre cause. Quand nous rédigerons le rapport, il y aura certainement une recommandation à cet effet. Si vous avez d'autres raisons plus valables ou si vous donnez une liste de ces raisons à la greffière, nous pourrions peut-être en tenir compte dans notre rapport.

Monsieur Toulouse, après vous être adonné à l'exercice d'accès à l'éducation supérieure et maintenant avec l'exercice en cours, est-ce qu'il faut réaménager la Loi sur les Indiens ou s'en défaire? Tout est question de logement, de santé, d'accès à l'éducation, de peuples autochtones ou de Premières nations vivant dans les villes. Il semble y avoir tellement de problèmes et le refrain est toujours le même. Est-ce que nous sommes face à un obstacle immuable? En d'autres mots, faut-il revoir la Loi sur les Indiens?

M. Toulouse : De nombreuses approches et discussions ont eu lieu par le passé. L'Assemblée des Premières Nations a pris récemment l'approche d'obtenir une reconnaissance et la mise en œuvre de gouvernements des Premières nations. La Loi sur les Indiens existe depuis 1876 et elle n'a pas fait l'objet de plusieurs révisions, comme tout le monde le sait. Le simple fait de la revoir comme c'est le cas avec le projet de loi qui fait suite à l'arrêt *McIvor* en lien avec les biens immobiliers matrimoniaux (BIM) ne permet pas d'aborder la nécessité de gouvernements des Premières nations et de leur reconnaître la compétence pour exercer leurs pouvoirs et continuer de les exercer dans plusieurs domaines, notamment les biens immobiliers matrimoniaux. Toutefois, ce n'est pas la priorité de plusieurs collectivités des Premières nations. La priorité est de nous assurer que les services de base et l'infrastructure existent — l'eau, les égouts, les routes et les logements.

Oui, vous avez tout à fait raison, il faut modifier la Loi sur les Indiens. Des mesures ont été prises par plusieurs organisations qui veulent s'y attaquer selon l'approche de l'autonomie gouvernementale. Nous avons constaté plusieurs fois en Ontario, dans le cadre de négociations en vue de l'autonomie gouvernementale, que la politique fédérale actuelle sur le droit inhérent ne permet pas d'en arriver à ce que nous considérons la reconnaissance de la gouvernance des Premières nations.

Cela limite les capacités administratives, si vous voulez. Nous devons reconnaître que la plupart du temps la Loi sur les Indiens ne fait que donner des ressources pour administrer des

is much more in the area of ensuring that the laws and policy within the administration and within the community are in place and understood and there for everyone's benefit and to be fair and to ensure that everyone receives the same opportunity and services that everyone desires.

On some of the priorities and approaches that need to be taken, yes, there is a need to have that discussion and to look at the ways forward. There have been a number of approaches. Accountability for results was an approach that talked about bringing in the Auditor General, Treasury Board, INAC and First Nation leaders to talk about the best way forward and what agenda we can have in common that would ensure that at the end of the day we would have certainty around such things as input into pandemic planning.

The Chair: Thank you very much for that answer and for all your answers and participation in this. We have come to the end of our meeting. Thank you for being with us and for your input.

Colleagues, that brings this meeting to an end, but we are back tomorrow morning at 8:00 a.m. We will see you then.

Thank you very much.

(The committee adjourned.)

OTTAWA, Friday, October 22, 2010

The Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 8 a.m. to study Canada's pandemic preparedness.

Senator Art Eggleton (*Chair*) in the chair.

[*Translation*]

The Chair: Welcome to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

[*English*]

We continue our study on pandemic preparedness and response. Today we will focus on the local level, community preparedness and response. We have three panels this morning and that will take us to 11 a.m. — one hour for each.

In our first panel we have, from the Canadian Medical Association, Dr. Jeffrey Turnbull, President. In addition to being a specialist in internal medicine, Dr. Turnbull was recently appointed to the position of Chief of Staff at the Ottawa Hospital and University of Ottawa.

Dr. Maura Ricketts is Director of the Office of Public Health for the Canadian Medical Association. She has 18 years of experience in design, implementation and management of public health surveillance systems, and in the development of public health policy for infectious diseases.

programmes et des services alors que le travail à faire se situe bien davantage dans le domaine des lois et des politiques au sein de l'administration et au sein de la collectivité en place. Il faut aussi que tous comprennent les avantages qu'il y a à en retirer et nous devons faire en sorte que tous aient la même opportunité et les mêmes services.

Oui, il faut discuter de certaines des priorités et approches qui sont nécessaires et nous devons trouver la façon d'aller de l'avant. Il y a eu diverses approches proposées. La responsabilité axée sur les résultats a été abordée et proposait de faire intervenir le Vérificateur général, le Conseil du Trésor, AINC et les leaders des Premières nations pour discuter de la meilleure façon d'aller de l'avant et d'établir un programme commun qui nous permettrait d'en arriver à un degré de certitude sur certaines choses comme l'apport à la planification en cas de pandémie.

Le président : Je vous remercie de cette réponse et je vous remercie tous de vos réponses et de votre participation. Nous en sommes arrivés à la fin de notre réunion. Merci d'avoir été avec nous et de nous avoir éclairés.

Chers collègues, cela met un terme à notre rencontre, mais nous reprendrons nos travaux demain matin à 8 heures. Je vous verrai à ce moment.

Merci beaucoup.

(La séance est levée.)

OTTAWA, le vendredi 22 octobre 2010

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 8 heures pour étudier la préparation du Canada en cas de pandémie.

Le sénateur Art Eggleton (*président*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

Le président : Bienvenue au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

[*Traduction*]

Nous allons poursuivre notre étude sur l'état de préparation et l'intervention du Canada en cas de pandémie. Nous allons nous concentrer aujourd'hui sur la situation au niveau local et communautaire. Ce matin, nous accueillons trois groupes de témoins, ce qui nous amènera jusqu'à 11 heures, puisque nous leur consacrerons une heure chacun.

Le premier groupe se compose du Dr Jeffrey Turnbull, président de l'Association médicale canadienne. En plus d'être un spécialiste de la médecine interne, le Dr Turnbull a récemment été nommé chef du personnel à l'Hôpital d'Ottawa et à l'Université d'Ottawa.

La Dre Maura Ricketts est directrice du Bureau de la santé publique, également à l'Association médicale canadienne. Elle compte 18 ans d'expérience dans la conception, la mise en œuvre et la gestion de systèmes de surveillance de la santé publique, ainsi que dans l'élaboration de politiques en matière de santé publique pour les maladies infectieuses.

From the Canadian Nurses Association, Claire Betker is a member of the board of directors. She has worked in the public health field for over three decades and has been part of the Skills Enhancement for Public Health team of the Public Health Agency of Canada where she led the pan-Canadian consultation to develop core competencies for public health.

Joyce Douglas is a nurse consultant with the Canadian Nurses Association and has promoted high standards of nursing practice, education, research and administration to achieve quality nursing care in the public interest.

On the other side of the table, from the Canadian Public Health Association, Dr. Isra Levy was instrumental in the creation of an office for public health at the Canadian Medical Association. He was that office's first director and CMA's Chief Medical Officer. He was appointed Ottawa's Medical Officer of Health in 2008 and is also an adjunct professor of epidemiology and community medicine at the University of Ottawa.

Debra Lynkowski is Chief Executive Officer for the Canadian Public Health Association, which is an independent, non-for-profit voluntary association and a national public voice for public health for Canada.

Pamela Fralick is President and Chief Executive Officer of the Canadian Healthcare Association. She joined the Canadian Healthcare Association as President and CEO in February of 2008. The association is a leader in developing and advocating for health policy solutions that meet the needs of Canadians. CHA is a federation of provincial and territorial hospital and health organizations across Canada.

Each organization has five minutes to make a presentation. I am sorry; I wish it were more, but we are a bit rushed.

[Translation]

Dr. Jeffrey Turnbull, President, Canadian Medical Association: Mr. Chair, we are very pleased to appear on behalf of the Canadian Medical Association before this Senate committee as part of your study of pandemic preparedness and the H1N1 experience in Canada.

[English]

Earlier this year, the CMA collaborated with the College of Family Physicians of Canada and the National Specialty Society for Community Medicine to present a picture of lessons learned from the front lines of the pandemic. Together, we represent 80,000 physicians engaged in all aspects of Canada's health and public health care systems. This report includes recommendations that, if acted upon, will help ensure that a strong foundation is in place to protect Canadians from future health threats.

Nous entendrons également Claire Betker, membre du conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Mme Betker travaille dans le domaine de la santé publique depuis plus de 30 ans et a fait partie de l'équipe chargée de l'Amélioration des compétences en santé publique de l'Agence de la santé publique du Canada, où elle a mené une consultation pancanadienne pour le développement des compétences essentielles en santé publique.

Joyce Douglas est infirmière-conseil auprès de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, et elle a fait la promotion de normes élevées dans la pratique, l'enseignement, la recherche et l'administration de soins infirmiers, afin que la population bénéficie de soins infirmiers de qualité supérieure.

De l'autre côté de la table, représentant l'Association canadienne des soins de santé, se trouve le Dr Isra Levy, qui a joué un rôle central dans la création d'un bureau de santé publique au sein de l'Association médicale canadienne. Il a été le premier directeur de ce bureau ainsi que le médecin chef de l'AMC. Il a été nommé médecin conseil en santé publique pour la ville d'Ottawa en 2008; il est également professeur auxiliaire en épidémiologie et médecine communautaire à l'Université d'Ottawa.

Debra Lynkowski est chef de la direction de l'Association canadienne des soins de santé, une association indépendante à but non lucratif composée de bénévoles et porte-parole nationale en matière de santé publique.

Pamela Fralick est présidente et chef de la direction de l'Association canadienne de santé publique. Elle occupe ses fonctions depuis février 2008. Cette association est un chef de file dans le développement et la promotion de solutions en matière de santé publique adaptées aux besoins des Canadiens. L'ACSP est une fédération regroupant des hôpitaux et des organismes provinciaux et territoriaux du secteur de la santé de partout au Canada.

Chaque organisation disposera de cinq minutes pour présenter un exposé. Je suis désolé; j'aurais aimé vous accorder plus, mais nous sommes un peu pressés par le temps.

[Français]

Dr Jeffrey Turnbull, président, Association médicale canadienne : Monsieur le président, nous sommes très heureux de prendre la parole au nom de l'Association médicale canadienne devant ce comité sénatorial, dans le cadre de votre étude sur les préparatifs d'urgence en cas de pandémie et sur l'expérience de la grippe H1N1 A au Canada.

[Traduction]

Plus tôt cette année, l'AMC a travaillé en collaboration avec le Collège des médecins de famille du Canada et la Société nationale des spécialistes pour la médecine communautaire afin de dresser un tableau des leçons tirées par ceux qui ont travaillé en première ligne dans la lutte contre la pandémie. Ensemble, nous représentons plus de 80 000 médecins investis dans tous les aspects des systèmes de soins et de santé publique au Canada. Ce rapport présente des recommandations qui, si on y donne suite, aideront à garantir l'existence d'assises solides pour protéger les Canadiens contre de futures menaces sanitaires.

As president of the CMA, a practising physician and the chief of staff of one of Canada's largest hospitals, I am here to present my association's point of view. Physicians have a unique and critical role to play during public health emergencies. Many people turn to their physicians first for information and counselling. Physicians are on the front line of the defence.

As was the case during the H1N1 pandemic, this role was intensified by the confusion created by a great variation in mass vaccination programs across the country. Many physicians felt their urgent need for clinically relevant information was not well recognized by the Public Health Agency of Canada, the Public Health Network, and in some cases by provincial, territorial, regional and local levels. The lack of national leadership on clinical guidelines led to delays and the proliferation of differing guidelines across Canada.

Standard clinical guidelines adapted to local circumstances is the norm in medical practice. Nationally disseminated clinical practice guidelines on vaccine sequencing, use of antivirals, and hospital treatments would have created consistent clinical responses across the country.

We recommend that the Public Health Network seek advanced pan-Canadian commitment to a harmonized and singular national response to clinical practice guidelines, including mass vaccination programs during times of potential public health crises.

The CMA also recommends that the Public Health Agency of Canada work closely with the medical specialty societies as it did successfully with the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada in the development of clinical guidelines for the care and treatment of pregnant women.

Many physicians and public health workers have complained that multiple levels of government provided similar but not identical advice. The differences led to skepticism among both physicians and the public, and an inundation of messages led to overload.

In situations where scientific evidence is changing rapidly, as was the case in the H1N1 pandemic, we need a national communication strategy targeted to physicians that can build on communication processes already in place. It is especially important during a health emergency to build on existing systems that work well and that can minimize the chances of conflicting messages.

It is also important that two-way lines of communication between public health and primary care are established. Embedding primary care expertise into public health planning at all levels will help us avoid problems and improve our response.

Je suis venu vous présenter le point de vue de mon association en tant que président de l'AMC, médecin actif et chef du personnel d'un des plus grands hôpitaux du pays. Les médecins ont un rôle particulier et crucial à jouer dans les urgences en santé publique. Beaucoup de gens se tournent vers leur médecin pour obtenir de l'information et des conseils. Les médecins constituent la première ligne de défense.

Comme ce fut le cas lors de la pandémie de grippe A (H1N1), la confusion créée par l'importante variation des programmes de vaccination de masse dans les diverses régions du Canada a donné encore plus d'importance à ce rôle. Beaucoup de médecins ont jugé que l'Agence de la santé publique du Canada, le Réseau de santé publique et, dans certains cas, les administrations provinciales, territoriales, régionales ou locales, n'avaient pas bien saisi leur besoin urgent d'informations cliniques pertinentes. Le manque de leadership national sur l'orientation clinique à prendre a entraîné des retards et la prolifération de lignes directrices divergentes au Canada.

Le document d'orientation clinique normalisé adaptable aux circonstances locales constitue la norme dans la pratique de la médecine. Des guides pratiques cliniques diffusés à l'échelle nationale au sujet du séquençage des vaccins, de l'usage des antiviraux et des traitements à l'hôpital auraient permis d'uniformiser les interventions cliniques d'un bout à l'autre du Canada.

Nous recommandons que le Réseau de santé publique recherche un engagement pancanadien amélioré en faveur d'une réponse nationale harmonisée et unique au guide de pratique clinique, incluant les programmes de vaccination massive en période d'éventuelles crises de santé publique.

L'AMC recommande aussi que l'Agence de la santé publique du Canada collabore étroitement avec les sociétés de médecins spécialistes, comme elle l'a fait avec succès avec la Société des obstétriciens et gynécologues, à l'élaboration de documents d'orientation clinique sur le soin et le traitement des femmes enceintes.

Beaucoup de médecins et de travailleurs de la santé publique se sont plaints du fait que plusieurs ordres de gouvernement avaient fourni des conseils semblables, mais pas identiques. Les divergences ont semé le scepticisme chez les médecins et dans la population, et la vague de messages a noyé l'information.

Dans des situations où les données scientifiques évoluent rapidement, comme ce fut le cas durant la pandémie de grippe A (H1N1), nous avons besoin d'une stratégie nationale de communication ciblant les médecins qui s'appuie sur les mécanismes de communication en place. Lorsqu'il y a une urgence sanitaire, il est très important de se fonder sur les systèmes existants qui fonctionnent bien et peuvent minimiser le risque d'envoi de messages contradictoires.

Il importe aussi d'établir des voies de communication bidirectionnelles entre le secteur de la santé publique et celui des soins primaires. Intégrer le savoir-faire en soins primaires dans la planification de la santé publique à tous les paliers vous aiderait à éviter des problèmes et rendrait notre intervention plus efficace.

We believe that the H1N1 immunization process did not adequately engage physicians in planning and delivery. A number of difficulties such as the impact of bulk packaging, the sequencing of patients and the logistics of inventory management led to friction between front-line health practitioners and family physicians. These difficulties could have been avoided with strengthened consultation, interdependence and mutual understanding before the crisis.

A number of witnesses have noted the importance of surveillance. There is no doubt that greater use of electronic medical records, EMRs, in primary care could have facilitated surveillance and communications. Family practice clinics with EMRs were able to identify high-risk patients quickly, communicate with them to schedule vaccination appointments and collect the required data for public health.

Another aspect of pandemic planning that cannot be ignored is the possibility that physicians themselves may fall ill. Physicians have never hesitated to provide care to patients during times of crisis, but this obligation must be balanced by a reciprocal obligation of society to physicians.

Following the outbreak of severe acute respiratory syndrome, SARS, the CMA prepared a document entitled *Caring in a Crisis*, a policy paper that addresses the need to take into account, and plan for, what would happen when health care providers become part of the statistics of those infected. We urge the committee to consider this challenge in your deliberations.

My last point addresses the lack of surge capacity in Canada's health care system. To mount a response to H1N1, public health units pulled human resources from other programs, and many critical services were delayed, suspended or cancelled altogether. The resources of our critical care infrastructure were stretched to their limits in many hospitals, and front-line health care providers were inundated with telephone calls and visits from the worried well. There was an increase in visits from those with flu symptoms as well.

I can tell you parenthetically that at our hospital we were right at our limits. We had used up all our respirators and extracorporeal membrane oxygenation, ECMO, machines. We had no further capacity for that next patient. Fortunately, that next patient never occurred, but we were at our capacity.

If H1N1 had been the severe pandemic that was expected, and for which Canada had been preparing, our health care system would have been brought to its knees.

[Translation]

The CMA has been warning of the lack of surge capacity in our health system for over a decade.

Nous croyons que le processus de vaccination contre la grippe A (H1N1) n'a pas permis de faire participer adéquatement les médecins aux étapes de planification et de mise en œuvre. De nombreuses difficultés, comme l'effet de l'emballage en vrac, le séquençage des patients et la logistique liée à la gestion des stocks ont causé des frictions entre les professionnels de la santé publique se trouvant en première ligne et les médecins de famille. Il aurait été possible d'éviter ces frictions en renforçant la consultation, l'interdépendance et la compréhension mutuelle avant l'apparition de la crise.

Plusieurs témoins ont relevé l'importance de la surveillance. Il est certain que l'utilisation accrue du dossier médical électronique, ou DME, en soins primaires aurait pu faciliter la surveillance et les communications. Les cliniques de médecine familiale équipées de ce dispositif ont pu identifier rapidement les patients présentant des risques élevés, communiquer avec eux afin de leur fixer des rendez-vous pour les vacciner et recueillir les données requises aux fins de la santé publique.

La possibilité que les médecins eux-mêmes tombent malades est un autre aspect de la préparation aux pandémies qu'il ne faut pas négliger. Les médecins n'ont jamais hésité à fournir des soins aux patients en période de crise, mais il faut établir un équilibre entre cette obligation et l'obligation réciproque qu'a la société envers ses médecins.

À la suite de l'éclosion de SRAS, l'AMC a produit un document stratégique intitulé *Les soins en période de crise*, qui traite du besoin de tenir compte de ce qui se passe lorsque les prestataires de soins de santé s'ajoutent aux statistiques des personnes infectées, et de planifier en conséquence. Nous exhortons le comité à tenir compte de cette variable dans ses délibérations.

Ma dernière observation porte sur le manque de capacité de pointe dans le système de santé au Canada. Pour faire face à l'épidémie de grippe A (H1N1), les services de santé publique ont redéployé des ressources humaines affectées à d'autres programmes, et beaucoup de services essentiels ont été retardés, interrompus ou tout simplement annulés. Les ressources de nos infrastructures de soins intensifs ont été exploitées au maximum dans beaucoup d'hôpitaux. Les prestataires de soins de santé de première ligne ont été inondés d'appels téléphoniques et de visites de personnes non malades, mais inquiètes, et ils ont vu augmenter aussi le nombre de consultations de patients qui présentaient des symptômes de la grippe.

Je peux vous dire, entre parenthèses, que notre hôpital avait atteint ses limites. Nous avons utilisé tous nos respirateurs et toutes nos machines d'oxygénation extracorporelle. Nous n'étions plus capables de recevoir davantage de patients que nous n'en avions. Heureusement, il n'y a pas eu de débordement, mais nous étions à pleine capacité.

Si la pandémie de grippe A (H1N1) avait atteint le degré de gravité attendu pour lequel le Canada s'était préparé, notre système de santé n'aurait pas résisté à la pression.

[Français]

Il y a plus de dix ans que l'AMC parle du manque de cette capacité de pointe dans notre système de santé.

[English]

Canada remains vulnerable to the risks presented by epidemics and pandemics. If we are to be prepared for the next emergency, a long-range plan to build our public health capacity and work force, and to address the lack of surge capacity in our health care system must be a priority.

We therefore very much appreciate the review of Canada's response to the H1N1 pandemic that has been undertaken by this committee, and we look forward to your report.

The Chair: Thank you very much, Dr. Turnbull.

Let me turn to the Canadian Nurses Association and Claire Betker.

Claire Betker, Member, Board of Directors, Canadian Nurses Association: Good morning. I am a registered nurse, a member of the Board of Directors of the Canadian Nurses Association and a past president of the Community Health Nurses of Canada.

On behalf of Canada's quarter million registered nurses, I wish to thank the members of this committee for the opportunity to speak to this important matter.

The H1N1 influenza pandemic and the unprecedented mass immunization campaign that was conducted in response were defining health issues in 2009. Registered nurses were involved in every aspect of pandemic preparedness and response, and we gained valuable insights into the health system's ability to respond to the pandemic.

We are here to share the knowledge we gained and to inform Canada's collective response to future epidemics. The brief we submitted highlights areas of concern and contains a broad list of recommendations, but today I will highlight a few.

As the largest group of health professionals in Canada, registered nurses felt the human resource strain that the H1N1 pandemic placed on our health system. As the country tried to cope with a shortage of some 11,000 full-time equivalent registered nurses, along came a significant threat to public health that meant nurses and other health professionals were suddenly in even greater demand. This situation resulted in a health workforce functioning beyond capacity in many cases, which tested our ability to meet Canada's public health and health care needs.

Nurses across the country rose to the challenge. Many worked long hours under less than ideal conditions in a public health role that was not always clearly defined. Those who did not directly

[Traduction]

Le Canada demeure vulnérable face aux risques que présentent les épidémies et les pandémies. Si nous voulons être prêts pour la prochaine crise, il nous faudra accorder la priorité à un plan à long terme visant à renforcer notre capacité en santé publique et notre effectif, et nous attaquer au manque de capacité de pointe dans notre système de santé.

C'est pourquoi nous nous réjouissons grandement que votre comité ait entrepris une étude sur la réponse du Canada à la pandémie de grippe A (H1N1), et nous attendons votre rapport avec impatience.

Le président : Je vous remercie beaucoup, docteur Turnbull.

La parole est maintenant à Claire Betker, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Claire Betker, membre, Conseil de direction, Association des infirmières et infirmiers du Canada : Bonjour. Je suis infirmière autorisée, membre du Conseil de direction de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et ancienne présidente de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire.

Au nom des 250 000 infirmières et infirmiers autorisés du Canada, je tiens à remercier les membres du comité de me donner l'occasion de m'exprimer sur cette importante question.

La pandémie de grippe A (H1N1) et la campagne sans précédent de vaccination massive à laquelle elle a donné lieu ont été au cœur des problèmes de santé en 2009. Les infirmières autorisées sont intervenues dans chacun des aspects de la préparation et de l'intervention en cas de pandémie, et elles ont acquis de précieuses connaissances sur la capacité du système de santé à contrer la pandémie.

Nous sommes ici pour vous faire part des leçons que nous avons tirées et pour guider l'intervention collective du Canada en cas de nouvelles épidémies. Le mémoire que nous avons déposé fait état de certains éléments préoccupants et contient une longue liste de recommandations, mais, aujourd'hui, je ne m'attarderai que sur quelques-unes d'entre elles.

Parce qu'elles font partie du plus grand groupe de professionnels de la santé au Canada, les infirmières autorisées ont ressenti la pression que la pandémie de grippe A (H1N1) a exercée sur les ressources humaines de notre système de santé. Pendant que le pays faisait face à une pénurie d'environ 11 000 infirmières autorisées équivalents temps plein, est apparue une menace importante pour la santé publique qui a fait que, soudainement, les infirmières et d'autres professionnels de la santé se sont retrouvés encore plus en demande. Nous en sommes arrivés au point où le personnel de la santé travaillait au-delà de sa capacité dans bien des cas, ce qui a mis à l'épreuve notre aptitude à répondre aux besoins en matière de santé publique et de soins médicaux au Canada.

Les infirmières de partout au pays se sont pourtant montrées à la hauteur du défi. Beaucoup ont travaillé de longues heures, dans des conditions qui étaient loin d'être idéales, occupant un rôle pas

join in the pandemic response supported the efforts in other ways, taking on more patients, extra duties and shifts as they covered for their colleagues.

This situation exacerbated existing personnel shortages and resulted in heavy workloads and nurse fatigue — factors that we know can threaten patient safety.

In mobilizing for the response, the need to enhance the surge capacity in our health system became evident. One way to enhance capacity is to have a sufficient number of registered nurses in place who are adequately supported and prepared to plan for, respond to and facilitate recovery during future public health emergencies.

To that end, CNA recommends that governments make additional investments in the public health nursing workforce so that we have in place the registered nurses with public health expertise we need to face the next pandemic.

There is a double benefit to that investment. When the public health nursing workforce is not dealing with an immediate threat, it is nonetheless engaged in activities that promote health and prevent illness and injury in the population, thus lowering acute-care treatment costs. Additionally, nurses are actively engaged in developing and strengthening those key relationships and partnerships essential to any emergency planning, response and recovery.

In times of crisis, expert information is vital. CNA appreciated the opportunities for communication with the Public Health Agency of Canada officials, and acknowledges the agency's efforts to be inclusive and collaborative. Our experience on the front lines of the response underscores the need for registered nurses to be involved in planning and deployment decisions that have a direct and profound impact on the populations and communities that we serve.

Because nurses, nurse experts and leaders know what issues to expect and how processes can be streamlined, it is absolutely critical that nurses be involved in planning at all levels. Registered nurses are in the best position to understand what kind of information our nursing colleagues require and how best to present that information.

A key planning area is communications. Involving nurses will reduce the duplication of effort that was experienced during the pandemic, as precious resources and time were needed to interpret and repackage information. It is vital that we build on the partnerships, collaborative relationships and consultative efforts

toujours clairement défini en matière de santé publique. Celles qui n'ont pas lutté directement contre la pandémie ont participé aux efforts de différentes façons, s'occupant de plus de patients et faisant des tâches et des quarts de travail supplémentaires pour aider leurs collègues.

Cette situation a eu pour effet d'exacerber la pénurie de personnel existante; elle a entraîné aussi un alourdissement des charges de travail et une augmentation de la fatigue des infirmières — des facteurs qui, nous le savons, peuvent compromettre la sécurité des patients.

À mesure que nous nous mobilisons pour lutter contre la pandémie, la nécessité d'accroître la capacité de pointe dans notre système de santé devenait évidente. Une des façons d'augmenter la capacité, c'est de disposer de suffisamment d'infirmières autorisées, adéquatement appuyées et préparées pour planifier, intervenir et faciliter le retour à la normale en cas de crises sanitaires publiques dans l'avenir.

Pour ce faire, l'AIIC recommande que le gouvernement investisse davantage dans la formation d'infirmières en santé publique, de façon à ce que nous puissions compter sur le personnel expérimenté dont nous aurons besoin pour faire face à la prochaine pandémie.

Cet investissement procurerait un double avantage. Lorsque les infirmières en santé publique ne s'occuperaient pas d'une menace imminente, elles prendraient part à des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures dans la population, ce qui aurait pour effet de diminuer les coûts des soins actifs. De plus, les infirmières sont activement engagées dans le développement et le renforcement des relations et des partenariats essentiels à la planification, à l'intervention et au rétablissement en cas de situation d'urgence.

En temps de crise, il est primordial de pouvoir compter sur des informations avisées. L'AIIC s'est réjouie des occasions de communication avec des représentants de l'Agence de santé publique du Canada et elle reconnaît les efforts de l'agence pour être inclusive et faire preuve de collaboration. Notre expérience en première ligne d'intervention montre combien il est nécessaire que les infirmières autorisées participent à la planification et l'application des décisions ayant une incidence directe et profonde sur les populations et les communautés qu'elles servent.

Étant donné que les infirmières spécialisées et les gestionnaires de soins infirmiers savent à quels problèmes s'attendre et comment rationaliser les processus, il est absolument essentiel qu'ils soient partie prenante de la planification à tous les niveaux. Ils occupent la meilleure position qui soit pour comprendre le type d'information dont leurs collègues ont besoin et ils savent comment présenter cette information le plus adéquatement possible.

Les communications sont un domaine de planification essentiel. Faire participer les infirmières permettra de réduire les doubles emplois qu'on a vus pendant la pandémie, puisque des ressources et du temps précieux ont été nécessaires pour interpréter et reformuler l'information. Il est essentiel que nous tirions parti des partenariats,

that were undertaken during the pandemic to ensure governments, health authorities, health care professionals and associations work together to plan and implement better response strategies.

To ensure this collaboration, CNA recommends that the Public Health Agency of Canada establish policies and guidelines that engage nurses and other health professionals in all levels of pandemic planning, response and evaluation.

We further recommend that the Public Health Agency of Canada undertake an evaluation of communications during the H1N1 response and work closely with other stakeholders to develop a more coordinated communications plan with consistent and effective guidelines and tools.

Amidst the difficulties nurses encountered, however, were many positive experiences. Registered nurses who took on expanded roles were able to free up nurse practitioners and physicians for patients who needed them more. In Alberta, for example, some registered nurses took additional training to gain certification to prescribe and dispense antivirals. In some provinces, retired and non-practising registered nurses were able to work at vaccination clinics under temporary licensing categories. These and other innovations helped ensure people had greater access to both the vaccines and health care providers.

CNA recommends that governments and public health agencies partner with the relevant professional associations to evaluate the experiences where registered nurses had temporarily expanded roles.

Canada's registered nurses are encouraged to see stakeholders come together to share what we have learned in the H1N1 influenza pandemic. We now have an opportunity to better respond to the heightened demands on health care providers. As we prepare for the next public health emergency — and we all know it will come — Canadians can rest assured that nurses are rolling up their sleeves to secure a healthy future for us all.

The Chair: Thank you very much. Now I will move on to the Canadian Public Health Association, Dr. Isra Levy.

Dr. Isra Levy, Member, Canadian Public Health Association: I am the Medical Officer of Health for the City of Ottawa, but I am here representing the Canadian Public Health Association and that association's many thousands of members, doctors, physicians, nurses, epidemiologists and other disciplines. This association is a pan-Canadian group of like-minded people. We work at all levels of government and in non-governmental organizations, with a common vision of universal and equitable access to the basic conditions that are necessary to achieve health for all Canadians.

des relations de collaboration et des efforts de consultation entrepris pendant la pandémie afin que les gouvernements, les autorités sanitaires, les professionnels des soins de santé et les associations travaillent main dans la main pour planifier et mettre en œuvre de meilleures stratégies d'intervention.

Pour garantir cette collaboration, l'AIIC recommande que l'Agence de la santé publique du Canada établisse des politiques et des lignes directrices faisant intervenir les infirmières et d'autres professionnels de la santé à tous les niveaux de la planification, de l'intervention et de l'évaluation en cas de pandémie.

Nous recommandons par ailleurs que l'Agence de la santé publique du Canada entreprenne une évaluation des communications pendant la période de lutte contre la pandémie de grippe A (H1N1), et qu'elle travaille en étroite collaboration avec d'autres intervenants pour mettre au point un plan de communication mieux coordonné, assorti de lignes directrices et d'outils logiques et efficaces.

Malgré les difficultés qu'elles ont rencontrées, les infirmières ont eu beaucoup d'expériences positives. En assumant des rôles élargis, les infirmières autorisées ont permis de libérer des infirmières praticiennes et des médecins pour qu'ils s'occupent des malades les plus atteints. En Alberta, par exemple, certaines infirmières autorisées ont reçu de la formation supplémentaire pour prescrire et administrer des antiviraux. Dans certaines provinces, des infirmières autorisées à la retraite ou ayant cessé de pratiquer ont pu travailler dans des cliniques de vaccination grâce à des permis temporaires. Cela, entre autres innovations, a permis de donner à la population un accès accru à la fois aux vaccins et aux prestataires de soins de santé.

L'AIIC recommande que le gouvernement et les agences de santé publique établissent des partenariats avec les associations professionnelles compétentes pour évaluer les expériences où les infirmières autorisées ont temporairement assumé un rôle élargi.

Les infirmières autorisées du Canada se réjouissent de voir les parties intéressées se réunir pour se dire ce qu'elles ont appris de la pandémie de grippe A (H1N1). Nous avons maintenant l'occasion de mieux répondre à l'augmentation de la demande sur les prestataires de soins de santé. Alors que nous nous préparons à affronter la prochaine crise de santé publique — car nous savons qu'il y en aura une —, les Canadiens peuvent avoir l'assurance que les infirmières se retroussent les manches et veillent au grain.

Le président : Nous allons maintenant entendre le Dr Isra Levy, représentant l'Association canadienne de la santé publique.

Dr Isra Levy, membre, Association canadienne de la santé publique : Je suis médecin-conseil en santé publique pour la Ville d'Ottawa, mais je suis ici à titre de représentant de l'Association canadienne de la santé publique, une association qui regroupe plusieurs milliers de membres, docteurs, médecins, infirmières, épidémiologistes et professionnels dans d'autres disciplines. Cette association constitue un groupe pan canadien de personnes ayant des vues similaires. Nous travaillons auprès de tous les ordres de gouvernement et d'organisations non gouvernementales, animés d'une vision commune d'universalité et d'accès équitable aux conditions de base nécessaires pour garantir des soins de santé à tous les Canadiens.

As my colleagues from other organizations have said, I want to thank you for providing an opportunity to look at how we performed as a community and as a society during H1N1. I will provide a perspective and recommendations from the local public health perspective. The local public health is that level where the science and policies of higher levels of government are ultimately operationalized into the direct services to and for the people of Canada.

For many years leading up to the H1N1 influenza pandemic, health agencies at all levels of government and in community organizations had worked collaboratively to prepare for this eventuality. As others have said, much had been learned from previous public health challenges, including the 2003 SARS crisis, and our capacity to anticipate and respond to a pandemic has clearly improved significantly since that particular event.

The response to the influenza pandemic of 2009 demonstrated that leadership, organization, coordination and cooperation had all improved since 2003. At the national level, we saw the systemic improvements under the leadership of the Public Health Agency of Canada, and they included development of guidelines, to some degree, for national, social marketing campaigns for clinical practice guidelines.

The pan-Canadian Public Health Network also provided a mechanism for different levels of government and experts to work together and to coordinate standardized responses. These responses were improvements over previous experiences.

In Ontario, a network of all local medical officers of health, led by the Ministry of Health and Long-term Care, helped to coordinate the response in the province from the time the virus was first identified until well after the vaccination campaign.

At the municipal level here in Ottawa, we found that the inter-agency partnerships and collaboration with partners in surveillance, case management, public communication of risk and vaccine delivery were all critical to the response. Our surveillance and our situational awareness was robust locally because of the strong channels of communication and partnerships that had been forged between municipal services, schools and community agencies, especially the local clinical care sector and the local media, too. Together, we found common purpose in emphasizing public education messaging, community connectedness and the need for resiliency during a period when we, as a society, could afford neither panic nor complacency.

Though successes were achieved, much was learned. As the lead coordinator at the local level here in Ottawa, I offer the following recommendations, particularly for your consideration as we examine the future opportunities.

Tout comme mes collègues d'autres organisations l'ont fait, je tiens à vous remercier de me donner l'occasion d'expliquer comment nous nous sommes acquittés de notre mission, en tant que communauté et société pendant la pandémie de grippe A (H1N1). Je vais vous donner le point de vue et les recommandations d'organismes locaux responsables de la santé publique, car c'est à leur niveau que les connaissances et les politiques décidées dans les sphères supérieures du gouvernement sont appliquées, grâce aux services directs qu'ils dispensent à la population canadienne.

Bien des années avant l'apparition de la pandémie de grippe A (H1N1), les agences de santé, à tous les niveaux de gouvernement, ainsi que les organisations communautaires ont travaillé en collaboration pour se préparer à cette éventualité. Comme d'autres l'ont dit avant moi, on a beaucoup appris des crises précédentes en santé publique, dont la crise du SRAS en 2003, et notre capacité à anticiper et à contrer une pandémie s'est clairement améliorée depuis cet événement.

L'intervention menée contre la pandémie de grippe en 2009 a révélé que le leadership, l'organisation, la coordination et la coopération s'étaient tous améliorés depuis 2003. Au niveau national, nous avons observé des améliorations systémiques, sous le leadership de l'Agence de santé publique du Canada, notamment avec l'élaboration de lignes directrices, dans une certaine mesure, pour la tenue de campagnes de marketing social nationales concernant les directives en matière de pratique clinique.

Le Réseau pancanadien de santé publique a également créé un mécanisme qui permettra aux différents ordres de gouvernement et aux experts de travailler ensemble et de coordonner des interventions uniformisées. Ces interventions étaient meilleures que celles effectuées lors de crises antérieures.

En Ontario, un réseau dirigé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et réunissant tous les médecins-hygiénistes locaux a aidé à coordonner la riposte, et ce, dès que le virus a été identifié. Cette aide s'est poursuivie longtemps après la fin du programme de vaccination.

Au niveau municipal, à Ottawa, les partenariats interagences et les efforts de collaboration dans les domaines de la surveillance, de la gestion des cas, de la communication des risques et de l'administration du vaccin ont joué un rôle essentiel. À l'échelle locale, le système de surveillance et de connaissance de la situation a très bien fonctionné, grâce aux liens de communication et de coopération solides établis entre les services municipaux, les écoles et les organismes communautaires, et surtout le secteur des soins cliniques et les médias locaux. Ensemble, nous avons jugé bon, dans l'intérêt commun, de mettre l'accent sur l'éducation du public et la diffusion de messages, les relations communautaires étroites et le besoin de résilience au cours d'une période où il ne fallait céder, en tant que société, ni à la panique ni à la complaisance.

Nous avons obtenu des résultats positifs, mais nous avons également beaucoup appris. À titre de coordonnateur principal de l'intervention au niveau local, à Ottawa, j'aimerais vous soumettre les recommandations suivantes.

First, I fully concur that there is a need for greater surge capacity at the front lines of the health care system and of public health. This issue was significant for us and our partners. It was felt most acutely at the vaccination clinics. The unprecedented community demand for the H1N1 vaccine quickly exceeded the capacity of local public health. We relied on the capacity from others at the municipal sector, especially in local Ottawa hospitals. As we have already heard, local Ottawa hospitals were having surge capacity problems of their own.

Innovative approaches to explore how federal investments in public health can reap ever better returns directly at local points of service are especially called for.

Further, as Canadian and provincial plans are reviewed and updated, it is our opinion that greater awareness and attention must be paid to the impact of policy decisions by higher levels of government on the logistical challenges that result at the front lines from those decisions. For example, we found that better criteria are needed to define priority groups for vaccination, and to communicate with the public how those priority sequencing groups will be managed. Another example is the activation and deactivation of initiatives like flu assessment centres, which aim to relieve pressure on hospital emergency rooms. There was great inconsistency across this province in how those assessment centres were opened and in response to what epidemiological criteria.

There is also a need for the pandemic response to be adaptable and responsive in light of quickly changing information. Both previous witnesses have pointed out this need. This pandemic was the first to be managed under the microscope of a 24-hour news cycle, with evolving scientific and communication information constantly scrutinized in real time. At the local level, that meant we were constantly challenged when policy decisions by other levels of government did not reach us as quickly as the news reached the public. This situation made it difficult for us to minimize front-line worker stress, and it created credibility doubts amongst the public as information appeared to change all the time.

In closing, I thank you again for your attention to the issue. The pandemic influenza response in 2009 stretched the capacity of the entire Canadian health system and required public health intervention unprecedented in scope and demand at the local level. Going forward, we look to use these challenging yet instructive experiences to help move us ever more from a just-in-time approach to one that is well-resourced, better prepared, and sustainable and relevant to the front lines.

The Chair: Thank you very much, Dr. Levy.

We will now hear from the Canadian Healthcare Association, Pamela Fralick.

Premièrement, il faut améliorer la capacité d'appoint en première ligne des systèmes de soins de santé et de santé publique. Nous avons, tout comme nos partenaires, relevé de sérieuses lacunes de ce côté-là, surtout dans les cliniques de vaccination. La demande sans précédent pour le vaccin contre la grippe H1N1 a rapidement dépassé l'offre au niveau local. Nous avons dû faire appel aux services d'autres intervenants du secteur municipal, notamment des hôpitaux d'Ottawa qui, comme on l'a déjà mentionné, éprouvaient eux-mêmes des difficultés en matière de capacité d'appoint.

Deuxièmement, il faut, au moyen d'approches novatrices, explorer la façon dont les investissements fédéraux dans le domaine de la santé publique peuvent contribuer, de manière directe, à améliorer la performance des centres de service locaux.

Troisièmement, il faut, au moment de la révision et de la mise à jour des plans national et provinciaux, accorder plus d'attention aux répercussions logistiques qu'entraînent les décisions prises par les échelons supérieurs de gouvernement sur les interventions de première ligne. Par exemple, de meilleurs critères doivent être établis pour définir les groupes prioritaires à vacciner et expliquer à la population comment la séquence de vaccination est gérée. Autre point : la mise sur pied et la fermeture des centres d'évaluation de la grippe, qui visent à désengorger les salles d'urgence des hôpitaux. De nombreuses incohérences ont été relevées à l'échelle provinciale dans la façon dont ces centres ont été créés et dans les critères épidémiologiques utilisés.

Quatrièmement, il faut adopter un plan d'intervention en cas de pandémie qui est à la fois adaptable et souple, les données changeant rapidement. Les deux témoins qui m'ont précédé ont mis l'accent là-dessus. Cette pandémie a été la première à être gérée en continu, 24 heures sur 24, l'information scientifique en constante évolution étant scrutée en temps réel. Résultat : nous étions, au niveau local, constamment confrontés à des défis nouveaux, car les décisions prises par d'autres ordres de gouvernement ne nous étaient pas transmises aussi rapidement qu'elles l'étaient au grand public. Cette situation nous empêchait de réduire le niveau de stress des travailleurs de première ligne et semait le doute chez la population puisque les renseignements qui leur étaient communiqués semblaient changer tout le temps.

Pour terminer, je tiens à vous remercier encore une fois de l'intérêt que vous portez à cette question. La riposte à la grippe pandémique en 2009 a mis à rude épreuve le système de santé canadien et nécessité des interventions sans précédent en santé publique, en raison de l'envergure de la pandémie à l'échelle locale. Nous comptons nous inspirer de ces expériences difficiles, mais instructives, pour adopter une approche qui mise encore plus sur, non pas sur le juste-à-temps, mais sur des ressources fiables, mieux préparées et durables et adéquates pour les travailleurs de première ligne.

Le président : Merci beaucoup, monsieur Levy.

Nous allons maintenant entendre Pamela Fralick, représentante de l'Association canadienne des soins de santé.

[Translation]

Pamela Fralick, President and CEO, Canadian Healthcare Association: I will be making my presentation in English, Mr. Chair, but I will be happy to answer any questions you may have in French.

[English]

Thank you as well for the opportunity. I am honoured to speak to this group of people. I know a little bit about your backgrounds, having done the research. This group is a wonderful collective to examine this particular issue and hopefully, to move a few issues forward that we all find of concern.

It would be somewhat easy for me to sit here today and say “ditto,” because so many of the concerns are consistent across our organizations. That being said, I am grateful for the few moments to add perhaps a slightly different perspective from the systems view.

I have four issues to highlight and 12 recommendations for your consideration as you explore this issue.

The first one, as you have heard so much about, is communications. Our members, the Canadian Healthcare Association right across the country, have identified this issue as their number one concern throughout the pandemic. Dr. Levy spoke to this issue of messages coming out from one source. Messages might have started as single unified messages, but they displayed increasing inconsistency as they were rephrased at various levels of government and health.

From the perspective of the average Canadian, this inconsistency signalled different messages, not the same one being rephrased. This lack of agreement that was perceived among trusted sources, and inevitably a lack of trust in the messaging, was a significant issue. We feel this pandemic was not the time for various governments and their agencies to flex their independence muscles, but rather, this was the time for unified leadership in instilling confidence in our citizens through common messages.

Additionally, a segment of key partners, which could have been extremely helpful in sharing information, was not included. Since most health providers other than physicians and nurses operate outside the publicly funded health system, a key source of networking is through their professional associations. Despite efforts on their part to be included, dating back to post-SARS, there has been a lack of success in engaging this network in assisting with information sharing. Beyond primary care physicians, many Canadians visit their psychologists, dentists, dietitians, physiotherapists, massage therapists and all sorts of health providers, and these groups were left outside the formal information loop unless actions were undertaken independently by their associations, adding another level of potential interpretation of key messages.

[Français]

Pamela Fralick, présidente et chef de la direction, Association canadienne des soins de santé : Monsieur le président, je vais faire ma présentation en anglais, mais je suis prête à répondre aux questions en français si vous voulez.

[Traduction]

Merci de me donner l'occasion de vous faire part de mes vues. C'est un honneur pour moi de m'entretenir avec un tel groupe. Je connais un peu vos antécédents, m'étant renseignée, et je dois dire que cette tribune est fort bien placée pour examiner ce sujet particulier et, espérons-le, trouver des solutions à certains problèmes qui nous préoccupent.

Je pourrais tout simplement me contenter de dire que je m'associe pleinement aux propos des autres organismes, car nous partageons bon nombre des mêmes préoccupations. Toutefois, je voudrais profiter de ce temps de parole pour apporter une perspective un peu différente à la problématique.

Je voudrais mettre l'accent sur quatre grands points, et formuler douze recommandations.

Mentionnons d'abord, et vous en avez beaucoup entendu parler, la communication. D'après les membres de l'Association canadienne des soins de santé, la communication a constitué un problème majeur pendant la pandémie. M. Lévy a parlé des messages diffusés par une seule source. Les messages, dans un premier temps, provenaient peut-être d'une seule source d'information, mais ils contenaient de plus en plus d'incohérences au fur et à mesure qu'ils étaient reformulés par les divers paliers du gouvernement et du système de santé.

Pour le simple citoyen canadien, il s'agissait là de messages différents. L'absence d'entente entre les sources d'information fiables et, inévitablement, les doutes suscités par les messages reçus ont eu des effets négatifs. Cette pandémie, à notre avis, constituait pour les divers gouvernements et leurs organismes l'occasion non pas d'agir de façon indépendante, mais de faire montre d'un leadership unifié en communiquant aux citoyens des messages cohérents qui inspiraient confiance.

Par ailleurs, des partenaires clés, qui auraient joué un rôle très utile au chapitre de l'échange d'informations, ont été laissés de côté. Comme la plupart des intervenants en matière de santé, autres que les médecins et les infirmiers, opèrent à l'extérieur du système de soins de santé public, c'est par l'entremise de leurs associations professionnelles qu'ils établissent des réseaux. Malgré les efforts qu'ils ont déployés en vue d'être inclus dans le plan d'intervention, et ces efforts remontent à la période post-éclosion du SRAS, ils n'ont pas été invités à contribuer au partage de données. En plus de consulter leur médecin, de nombreux Canadiens voient des psychologues, dentistes, diététiciens, physiothérapeutes, massothérapeutes et autres fournisseurs de soins de santé. Or, ces groupes ont été exclus du cercle d'information formel, sauf si leurs associations avaient pris des mesures de leur propre chef, ce qui a eu pour effet d'ajouter un autre niveau d'interprétation potentielle aux messages clés.

We have four recommendations in this area. They are in the documentation. We feel the communications strategy needs to be evaluated and, in particular, efforts should be made to strengthen the relationship actively and meaningfully between the health care sector and the public health sector. These sectors often work as different worlds, and I do not think this situation was helpful during an emergency situation.

CHA has a *Guide to Canadian Healthcare Facilities*, and if enhanced, the guide could be a significant conduit for information right across the country to all elements of the health system, particularly those that may be outside formal networks, such as long-term-care homes.

A third recommendation has to do with e-health elements that should be accelerated, as was already mentioned. These elements provide a valuable service in disseminating information and providing optimal care. The example might be the physician or primary health care centre electronic medical records.

Fourth, in response to my comment about this large network of associations that are not included, we should consider pan-Canadian networks such as the Health Action Lobby, which brings together 39 national bodies, and use them as a source of information dissemination.

The second factor I want to bring to your attention has also been mentioned, and it is people, health human resources, HHR. Several issues arose around this factor. The issues have been spoken to, but the information is worth repeating. Many health professionals and staff work in more than one setting, nurses in particular. They move through various hospital and care facilities. We raised this issue as the Canadian Healthcare Association on many occasions throughout the pandemic with H1N1, and never received a response from those in a position to come up with one. That factor is something that definitely needs to be looked at.

Health workers themselves are not immune. They will become sick. They may be called upon to provide care to their family members. Canada's surge capacity, the ability to respond to sudden drops in availability of staff, is fragile at the best of times, and at times of an epidemic, this drop can lead to overwhelming situations.

I will throw in the issue of labour mobility. It was not such a factor with H1N1, but certainly was with SARS. In the next situation, we need to ensure that this agreement for internal trade that affects labour mobility of health professionals needs to be accelerated and well looked after before it becomes an emergency situation again.

I have five recommendations in this area. One is about the Agreement on Internal Trade, AIT, and making sure that this is looked after so that it addresses labour mobility issues for the next pandemic. I suggest we need to include the issue of emergency preparedness in the existing pan-Canadian framework on health human resources, which is a federal-provincial-territorial agreement that could be looked at.

Nous avons quatre recommandations à formuler à cet égard. Elles figurent dans la documentation qui a été distribuée. Premièrement, la stratégie de communication doit être évaluée et, surtout, des mesures doivent être prises pour renforcer de manière concrète les liens qui existent entre le secteur des soins de santé et le secteur de santé publique. Ces secteurs travaillent souvent chacun de leur côté, une situation qui, à mon avis, n'a pas aidé lors de la pandémie.

Deuxièmement, l'ACS publie le *Guide des établissements de soins de santé du Canada* qui, s'il était amélioré, pourrait servir de source d'information utile à tous les joueurs du système de soins de santé, notamment ceux qui opèrent à l'extérieur des cadres formels, comme les centres de soins longue durée.

Troisièmement, la mise en œuvre de certaines composantes de la stratégie cybersanté devrait être accélérée, comme on l'a déjà mentionné. Ces composantes facilitent de manière importante la diffusion de l'information et la prestation de soins optimaux. Songeons, par exemple, aux dossiers médicaux électroniques que possède un médecin ou un centre de soins de santé primaire.

Quatrièmement, concernant l'important réseau d'associations qui a été laissé de côté, nous devrions envisager de faire appel aux services de réseaux pancanadiens comme le Groupe d'intervention Action santé, qui regroupe 39 organismes nationaux, pour assurer la communication de renseignements.

Le deuxième point que je désire porter à votre attention, et que vous connaissez déjà, concerne les ressources humaines en santé, un sujet qui soulève beaucoup de questions. Même si nous en avons déjà discuté, il est bon de le répéter : de nombreux professionnels de la santé, notamment les infirmiers et les infirmières, travaillent dans plusieurs milieux, c'est-à-dire dans divers hôpitaux et établissements de soins de santé. Nous avons abordé ce problème avec l'Association canadienne des soins de santé à plusieurs reprises lors de la pandémie de grippe H1N1. Nous n'avons jamais reçu de réponse de la part de ceux qui étaient en mesure de nous en fournir une. C'est un facteur auquel il faut s'attaquer.

Les travailleurs de la santé ne sont pas à l'abri d'infections. Ils peuvent tomber malade. Ils peuvent être appelés à s'occuper de membres de leur famille. La capacité d'appoint du Canada, l'aptitude à faire face à un manque soudain de personnel, est, de manière générale, fragile. Lorsqu'une épidémie éclate, le manque de personnel peut entraîner des problèmes énormes.

Ajoutons à cela la question de la mobilité de la main-d'œuvre. Ce facteur n'était pas tellement important dans le cas du H1N1, mais il l'était dans celui du SRAS. Nous devons, la prochaine fois qu'une épidémie se produit, accélérer la mise en application des dispositions de l'accord sur le commerce intérieur visant la mobilité des professionnels de la santé, et ce, avant que la situation ne devienne urgente.

À cet égard, j'ai cinq recommandations à formuler. La première concerne l'accord sur le commerce intérieur, l'ACI. Il faut s'assurer que les dispositions de l'accord touchant la mobilité de la main-d'œuvre seront appliquées lors de la prochaine pandémie. Deuxièmement, les préparatifs d'urgence doivent être inclus dans le cadre pancanadien sur les ressources humaines en santé déjà existant. Il s'agit là d'un accord fédéral-provincial-territorial qui pourrait être examiné.

All national HHR strategies should be linked. There is this pan-Canadian one I referred to. There is a specific one for public health; there is another for Aboriginal HHR. These strategies need to be better linked around pandemic.

As a fourth item, we talk about a national observatory for health human resources. That idea has been bandied about for approximately four years. This observatory is an area that could provide leadership and guidance in dealing with surge capacity issues.

Finally, the Naylor report should not be forgotten. This report was a fantastic overview with recommendations that still have not been implemented, and speaks specifically to health human resource issues.

I will go quickly to my third and fourth issues, the third being the acute-care focus. This pandemic, H1N1, was focused on acute care. This committee and this panel is trying to look at the community role in pandemic. We applaud your work in that regard. We want to suggest that research be initiated immediately on how to establish effectively these linkages I referred to earlier between health care and public health, as a way of broadening the reach from the acute-care sector into the community. That is where transmission will take place primarily. As a second recommendation, in non-pandemic times we need to enhance and implement an educational program for the general public on prevention and immunization.

My final point relates to non-scientific responses — for example, voluntary quarantine, cancellation of public events and having flexible workplace practices, all issues on which the public can be educated and led to understand more about between epidemics rather than at a time of crisis.

Thank you again for this opportunity to bring forward not only some of our issues but also recommendations.

The Chair: Thank you for your opening comments. I heard three Cs here. First is capacity, that is, the stretching of the human resources in the H1N1 pandemic and the fact that the surge capacity was not there. If things had not stopped where they did, we could have had a far bigger crisis. Second, there is consultation. A number of you have mentioned the need to be more engaged at all levels in consultation. Third is communications, both ways, which continually arises.

Is there need for more mechanisms? We have heard about a lot of committees and a lot of plans to accomplish the kind of recommendations that you have made. Do you think we need more committees and more structure, or do we need to shrink them and reorganize them? Perhaps you can talk about that area briefly.

Troisièmement, toutes les stratégies nationales visant les ressources humaines en santé devraient être reliées entre elles : je songe au cadre pancanadien, que j'ai déjà mentionné, à la stratégie en matière de santé publique et à celle qui concerne les Autochtones. Il faudrait les intégrer davantage pour mieux lutter contre les pandémies.

Quatrièmement, il faut mettre en place un observatoire national des ressources humaines en santé. Cette idée fait l'objet d'études depuis environ quatre ans. L'observatoire donnerait des orientations et des conseils sur la façon de régler les problèmes liés à la capacité d'appoint.

Cinquièmement, le rapport Naylor, qu'il ne faut pas oublier. Ce rapport fantastique traite de manière précise des ressources humaines en santé. Il renferme des recommandations qui n'ont pas encore été mises en œuvre.

Je vais maintenant aborder brièvement les points trois et quatre. Commençons par la prestation de soins actifs qui a été assurée, notamment, pendant la pandémie de grippe H1N1. Le comité se penche sur le rôle joué par la communauté en cas de pandémie. Nous vous félicitons pour le travail que vous effectuez à cet égard. Or, il faudrait entreprendre sans délai des études en vue de trouver des moyens de consolider, comme je l'ai mentionné plus tôt, les liens, les soins de santé et la santé publique, et ce, dans le but d'élargir le champ d'action du secteur des soins actifs dans la communauté. C'est là que le risque de transmission est le plus grand. Comme deuxième recommandation, nous proposons qu'en période de non-pandémie, des mesures soient prises pour mettre sur pied, à l'intention du grand public, un programme d'information sur la prévention et l'immunisation.

Mon dernier point porte sur les interventions non scientifiques — par exemple, la mise en quarantaine volontaire, l'annulation d'événements publics, la mise en place de règles souples en milieu de travail. Il est plus facile de renseigner la population sur ces questions quand il n'y a pas de crise.

Encore une fois, je tiens à vous remercier de m'avoir donné l'occasion de vous faire part des vues de l'association, et aussi de formuler des recommandations.

Le président : Merci beaucoup pour ces exposés. On a mentionné trois facteurs. D'abord, la capacité, c'est-à-dire la mobilisation des ressources humaines lors de la pandémie de la grippe H1N1, et l'inexistence de la capacité d'appoint. Si les choses n'avaient pas pris fin quand elles l'ont fait, nous aurions été aux prises avec une crise encore plus grave. Deuxièmement, la consultation. Plusieurs d'entre vous avez insisté sur la nécessité de consulter davantage, et ce, à tous les niveaux. Troisièmement, la communication bidirectionnelle, un problème qui revient constamment.

Doit-on mettre en place d'autres mécanismes? Il a beaucoup été question de l'établissement de comités, de plans pour donner suite aux recommandations formulées. Avons-nous besoin d'un plus grand nombre de comités, de structures, ou devrions-nous réduire ceux-ci, les réorganiser? Vous pourriez peut-être nous en parler brièvement.

Dr. Turnbull, you mentioned the engagement of physicians in the planning and delivery and, particularly on immunization, the bulk-packaging problems; that is, secretive patients, logistics, and so on. We have heard a bit about that area. Can you expand on what you see as the solutions for that problem?

Dr. Turnbull: I will address the issue of engaging physicians.

The Chair: You can address both, if you like, but briefly, please.

Dr. Turnbull: I will address them both briefly.

There is a significant need to include physicians in the process of moving from public health guidelines to what is relevant in the coal face where physicians are seeing patients. There needs to be professional input, not only physician input but nursing input, going from what we need, and translating those guidelines from public health to what is applicable in a person's clinic. We found that many recommendations that were provided were difficult sometimes for clinicians to implement in their clinic because clinicians were not included in some of the earlier discussions. We have heard that, and that is a lesson all of us have learned.

Bulk packaging was another concern. If vaccines come in packages of 500 and we give them to a physician who is used to immunizing their community in certain circumstances, then bulk packaging of 500 may not be appropriate, especially if we are isolating immunization only for pregnant women or for smaller groups. Physicians would have too many vials for that particular circumstance. The circumstances as this pandemic was evolving did not permit us to be as flexible as we could have been, and we did not utilize the existing resources as well as we could have.

If you want me to answer on the issue of committees briefly, I would say perhaps not more committees but committees that had decisions and could work well together, and the coordination of those committees. As one individual, I received up to eight different messages from different organizations on a daily basis. It was hard for me to figure out which one of those messages to listen to because, while there were commonalities, there were also differences. I would have liked one message that I could have followed.

Dr. Maura Ricketts, Director, Office of Public Health, Canadian Medical Association: I want to point out that a couple of physician engagement activities that occurred worked well. For example, the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, as was already mentioned by Dr. Turnbull, approached the Canadian Public Health Association in August, or perhaps earlier than that, so between the first and second wave of the epidemic. It was successful, as a group of clinicians specializing in the area, in converting the information from public health into clinical guidelines suitable for use at the coal face. Additionally, the Canadian Paediatric Society was able to do that. The Canadian Medical Association highly recommends that physicians are used to develop the clinical guidelines for clinical

Monsieur Turnbull, vous avez parlé du rôle joué par les médecins au chapitre de la planification et de l'administration et, en ce qui concerne l'immunisation, des difficultés que posent l'emballage en vrac, le séquençage des patients, les questions logistiques, ainsi de suite. Le sujet a été abordé brièvement. Pouvez-vous nous en dire plus au sujet des solutions que vous proposez?

M. Turnbull : Je vais parler du rôle des médecins.

Le président : Je vous demanderais d'aborder les deux points, mais brièvement.

M. Turnbull : D'accord.

Il faut absolument permettre aux médecins de jouer un rôle plus actif, mettre de côté les lignes directrice et miser sur ce qui se passe en première ligne, là où le contact se fait avec les patients. Il faut consulter les professionnels de la santé, non seulement les médecins, mais également le personnel infirmier, pour définir les besoins, déterminer si les lignes directrices en santé publique peuvent être mises en application dans une clinique. Nous avons constaté que bon nombre des recommandations formulées pouvaient difficilement être mises en œuvre dans un milieu clinique, les cliniciens n'ayant pas été invités à prendre part aux discussions. C'est une leçon que nous avons tous apprise.

L'emballage en vrac constitue une autre source de préoccupation. Si des emballages de 500 doses sont remis à un médecin qui est habitué à vacciner les membres de la communauté dans certaines circonstances, il se peut que ces emballages ne soient pas adéquats, surtout si les vaccins sont réservés aux femmes enceintes ou à des petits groupes de personnes. Les médecins disposeraient d'un trop grand nombre de fioles dans ce cas-là. Les circonstances entourant cette pandémie ne nous ont pas permis d'être aussi flexibles que nous l'aurions voulu. Nous n'avons pas utilisé les ressources existantes comme nous aurions pu le faire.

Concernant les comités, je dirais, brièvement, qu'il ne faut pas en créer un plus grand nombre, mais plutôt leur donner des pouvoirs décisionnels, leur permettre de travailler ensemble, de coordonner leurs activités. Je recevais, tous les jours, jusqu'à huit messages différents de divers comités. Il était difficile pour moi de savoir quel message écouter, car ils contenaient non seulement des renseignements identiques, mais également des contradictions. J'aurais aimé recevoir un message que j'aurais pu suivre.

Dre Maura Ricketts, directrice, Bureau de la santé publique, Association médicale canadienne : Je tiens à signaler qu'il y a eu quelques cas de collaboration qui ont donné de bons résultats. Par exemple, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, comme l'a déjà mentionné M. Turnbull, a pressenti l'Association canadienne de la santé publique en août, ou peut-être plus tôt, soit entre la première et la deuxième vague de l'épidémie. Un groupe de cliniciens spécialisés a réussi à convertir l'information transmise par les autorités de la santé publique en lignes directrices cliniques qui ont pu être utilisées en première ligne. La Société canadienne de pédiatrie les a elle aussi utilisées. L'Association médicale canadienne recommande vivement que les médecins participent à l'élaboration des lignes directrices qui

treatment. We also all understand that there are nurse practitioners working at senior levels and would be involved in rural areas. They need to be included in that process.

The Public Health Agency was able to engage us, unfortunately only in September-October, in the development of a simple two-page guideline. It looked literally like a decision tree. That kind of thing, done way back when, would have been ideal. Again, the clinicians, especially family practitioners, need to be included in the development of these things so that we end up with something that physicians can use on the ground.

Finally, when systems testing is done on how effectively our pandemic system works, it needs to go right down to the level of the clinician. We have participated many times in round table exercises, yet we still do not know what proportion of physicians we will be able to reach during a pandemic. It would be great if those kinds of things could be tested and the systems put in place. Then, when we have a pandemic we do the same thing as we always do, but we do it a lot faster.

The Chair: Does anyone want to add anything?

Dr. Levy: I agree fully with the comments made and especially echo Dr. Turnbull's suggestion not to have more committees. The other dimension to the committee function to consider is some innovative way to bring in the front-line public health perspective as well as the front-line professional health care discipline perspective into deliberations at the FPT level. There is a challenge in terms of the policy decisions that are made, sometimes for logical reasons, and the logistical implications of those sometimes are not factored in.

The Chair: Good point.

Ms. Betker: I want to say, not more committees but those that will build those relationships, those mechanisms and those lines of communication. My experience is that when people come to the table and are able to discuss, from that front-line perspective, they will find commonality and they will find those solutions. We need not more committees but those that build those layers and enhance those working relationships.

The Chair: We have about four minutes for each one of you. For questions, answers or comments, we will start with Senator Braley, from Ontario.

Senator Braley: You talked about surges, and about surges in giving the vaccination. Did you think about using volunteers? My wife was a nurse; she has been retired for a few years. She called to offer her assistance. She did not want to be paid, but they did not use her. There were line-ups and but there was no need for the line-ups with the number of nurses that we know even locally. Many retire each year. Was that idea even considered?

peuvent être appliquées en clinique. Nous savons également qu'il y a des infirmiers praticiens qui occupent des postes à des échelons supérieurs dans les régions rurales. Ils doivent également être inclus dans le processus.

L'Agence de la santé publique nous avait invités à participer, malheureusement seulement en septembre et en octobre, à l'élaboration de lignes directrices simples qui tenaient en deux pages. Le document ressemblait, littéralement, à un arbre de décision. Cette formule, à l'époque, aurait été idéale. Encore une fois, les cliniciens, surtout les médecins de famille, doivent participer à ce genre d'initiative pour qu'ils puissent avoir un outil qui peut être utilisé sur le terrain.

Enfin, il est important, au moment d'évaluer l'efficacité des plans d'intervention en cas de pandémie, de consulter les cliniciens. Nous avons participé à de nombreuses tables rondes. Or, nous ne savons pas encore combien de médecins pourraient être appelés à intervenir en cas de pandémie. Il serait bon de procéder à des essais, de mettre en place des mécanismes. De cette façon, lorsque nous serons confrontés à une pandémie, nous pourrions appliquer les mêmes mesures, mais plus rapidement.

Le président : Quelqu'un souhaite ajouter quelque chose?

M. Levy : Je suis tout à fait d'accord avec ce qui a été dit. J'abonde dans le même sens que le Dr Turnbull : il ne faut pas créer pas un plus grand nombre de comités. Autre point : il faut trouver une façon nouvelle d'inclure le point de vue des travailleurs de la santé publique de première ligne et des professionnels de la santé de première ligne dans les discussions qui se déroulent au niveau fédéral-provincial-territorial. Il arrive que des décisions stratégiques soient prises pour des raisons logistiques. Or, les répercussions de celles-ci ne sont parfois pas prises en compte.

Le président : C'est un bon point.

Mme Betker : Je ne pense pas qu'il devrait y avoir plus de comités, mais il faut pouvoir compter sur ceux qui permettront d'établir ces liens, ces mécanismes et ces canaux de communication. D'après mon expérience, quand les gens peuvent s'asseoir et discuter, en ce qui a trait aux interventions de première ligne, ils trouvent un terrain d'entente et arrivent à des solutions. Nous n'avons pas besoin de plus de comités, mais de ceux qui pourront établir ces liens et solidifier les relations de travail.

Le président : Vous disposez chacun d'environ quatre minutes, pour les questions et les réponses ou les commentaires. C'est le sénateur Braley, de l'Ontario, qui prendra la parole le premier.

Le sénateur Braley : Vous avez parlé des périodes de pointe, et des capacités de pointe pour les cliniques de vaccination. Avez-vous pensé faire appel à des bénévoles? Mon épouse était infirmière; elle est à la retraite depuis quelques années maintenant. Elle a téléphoné pour offrir ses services. Elle ne demandait pas à être payée, mais ses services n'ont pas été retenus. Il y avait des files d'attente, mais on aurait pu les éviter si on avait fait appel au nombre d'infirmiers et infirmières que nous connaissons dans notre région. Beaucoup prennent leur retraite chaque année. Est-ce qu'on avait envisagé cette possibilité?

Ms. Betker: From my personal experience, in the meningitis campaign about four or five years ago, we did not use volunteers in Winnipeg because we did not have the mechanisms in our regional health authority to engage them and train them; they were not part of the system. When it came to H1N1, we had those mechanisms in place and they were used in Winnipeg. Again, the issue was a systems issue that became apparent during the meningitis campaign. That is a good point. We also used retired nurses, and in multiples of different roles. Some were paid; some were not paid. That use was a consideration in a surge.

Senator Braley: Do you know if that use was across the country or only in specific areas?

Dr. Levy: I am sure it was not uniform across the country, but it was widely done. Here in Ottawa, we relied heavily on volunteers. In public health in general, probably 15 per cent of our budget locally at Ottawa public health is unseen because it is volunteer. We relied heavily on volunteerism. The challenge one has in an urgent situation is screening out appropriate versus inappropriate. Sometimes we had volunteer professionals who, on somewhat closer scrutiny, turned out not to have the required skills or qualifications, so using volunteers does not come without baggage from a management perspective, but volunteerism, in general, is a tremendous resource community.

Senator Braley: I assume most nurses know how to give an injection and give injections on a regular basis. They would not too hard to train if they are only one, two or three years out of the profession.

Dr. Levy: I will let the nursing association speak to professional standards, but the simple act of giving a vaccine is much more complicated than it may appear, in terms of clinical safety and professional regulatory perspectives.

Dr. Turnbull: If I can highlight one thing, where there is a need for us to give some consideration on the issue of volunteers is whether they are still licensed and whether they are indemnified.

Senator Braley: All the ones I called in my neighbourhood were.

The Chair: That qualification would have to be checked.

Dr. Turnbull: Not only do we need to check, but if we really need volunteers, if we go beyond where we were, we will have to call people who are not indemnified and not licensed, and we may have to look at fast-tracking professionals through our regulatory authorities, and ensuring our regulatory authorities are prepared to fast-track individuals and give them intermediate licences of some form or another.

Mme Betker : Je sais que nous n'avons pas fait appel à des bénévoles à Winnipeg pour la campagne de vaccination contre la méningite il y a quatre ou cinq ans. Notre autorité régionale de la santé n'avait pas les mécanismes requis pour embaucher et former des bénévoles; ils ne faisaient pas partie du système. Quand est venue la campagne de vaccination contre la H1N1, nous avions les mécanismes nécessaires et nous les avons utilisés à Winnipeg. Il s'agissait encore là d'un problème systémique que la campagne de vaccination contre la méningite a permis de mettre au jour. C'est un bon point. Nous avons aussi fait appel à des infirmières à la retraite, qui ont eu à jouer différents rôles. Certaines ont été rémunérées, d'autres pas. C'est une solution qui a été envisagée en période de pointe.

Le sénateur Braley : Savez-vous si on a employé des bénévoles à l'échelle du pays ou seulement dans certaines régions?

Dr Levy : Cette pratique n'a sans doute pas été appliquée de façon uniforme à la grandeur du pays, mais beaucoup de régions l'ont fait. Ici, à Ottawa, nous avons fait appel à de nombreux bénévoles. Pour ce qui est de la santé publique en général, quelque 15 p. 100 de notre budget local, à Santé publique Ottawa, est invisible, parce qu'on fait appel à des bénévoles. Nous avons beaucoup compté sur le bénévolat. Le défi en situation d'urgence, c'est de distinguer ce qui est approprié de ce qui ne l'est pas. Il est arrivé que des professionnels se soient offerts comme bénévoles, mais après avoir examiné de près leurs qualifications ou leurs compétences, on s'est aperçu qu'ils n'avaient pas ce qu'il fallait. Le bénévolat impose donc une charge supplémentaire au point de vue de la gestion, mais il demeure néanmoins une ressource fort importante.

Le sénateur Braley : Je présume que la plupart des infirmières savent comment donner une injection et qu'elles le font régulièrement. Il ne devrait pas être très difficile de les former si elles n'ont quitté la professions que depuis un an, ou deux ou trois.

Dr Levy : Je vais laisser les représentantes de l'Association des infirmiers et infirmières vous parler des normes professionnelles, mais donner un vaccin est beaucoup plus compliqué qu'on ne le croit, pour des questions de sécurité clinique et de réglementation de la profession.

Dr Turnbull : Si je peux souligner une chose, c'est que nous devons vérifier si les bénévoles sont toujours autorisés à exercer la profession et s'ils sont indemnifiés.

Le sénateur Braley : Toutes les personnes que j'ai appelées dans mon quartier l'étaient.

Le président : Il faut vérifier leurs qualifications.

Dr Turnbull : Non seulement nous devons vérifier cela, mais si nous avons vraiment besoin de bénévoles, et que nous devons aller au-delà de ce qui a déjà été fait, nous allons devoir nous tourner vers des personnes qui ne sont pas indemnifiées et qui ne sont pas autorisées à exercer la profession. Il sera peut-être nécessaire aussi de trouver un moyen pour accélérer le processus d'autorisation des professionnels, et pour cela, nous devons nous assurer que nos autorités réglementaires sont prêtes à le faire et qu'elles pourront accorder à ces personnes des permis temporaires, quelle qu'en soit la forme.

Senator Callbeck: Thank you all for coming this morning. I was looking at the brief from the Canadian Nurses Association, and you talk about how, during the pandemic, CNA joined forces with nurses, health care organizations and governments too, and you list a number of things that you worked on together.

However, your first recommendation is that “the Public Health Agency of Canada establish policies and guidelines that engage nurses and other health professionals in all levels of pandemic planning, response and evaluation.” Were you not engaged in establishing the policies?

Ms. Betker: The nurses that CNA talked to did not feel they were engaged, no. They did not feel they were engaged in the planning and in the decisions that were made, not adequately.

Senator Callbeck: Not adequately: You provided input on the issues, but you did not have any real say in the policies?

Ms. Betker: I would agree with that, yes. That was their sense. Leadership, the access to nurse expertise especially around how things would work, what the policies would be, how to organize; no, I think that nurses did not feel at that time that they had a voice.

Senator Callbeck: Communication is something that has come up with so many witnesses. Doctor, I think you said a few minutes ago that you wanted to receive only one message and in one case, you received eight different messages. How do we deal with this situation? What do we recommend?

Dr. Turnbull: I think that all of us are of the same mind here, that we need a communication network, so we need to be able to communicate to all health providers. You might think that solution is simple, but we do not have an easy and verified ongoing communication system. We do not know how to connect to every doctor in Canada, so that is one thing. We need that system and we need it verified and updated.

Second, we need a consistent message that begins from the experts, has input from clinicians — whether they be nurses or doctors — and is easily applicable and regionally adjusted. Think about a national response coming down to a regional responsibility so our regional public health officials talk to, and have clinical input from, nurses and from doctors, and we receive one message.

Senator Callbeck: Is that message regionally adjusted? Is that where some of the problems came in? The agency said one thing about the priority list, for example, but different provinces decided not to go with what the agency had suggested.

Le sénateur Callbeck : Merci à vous tous de vous être déplacés ce matin. J’ai lu dans le mémoire de l’Association des infirmiers et infirmières du Canada que, durant la pandémie, l’AIIC avait unit ses forces à celles des infirmiers et infirmières, des organismes de santé et même des différents gouvernements. On y dresse aussi une liste des projets entrepris conjointement.

Toutefois, votre première recommandation consiste à ce que l’Agence de la santé publique du Canada établisse des politiques et des lignes directrices qui mettent à contribution les infirmiers et infirmières et d’autres professionnels de la santé à tous les niveaux de la planification, de l’intervention et de l’évaluation en cas de pandémie. N’avez-vous pas participé à l’établissement des politiques?

Mme Betker : Les infirmiers et infirmières auxquels l’AIIC a parlé n’ont pas eu l’impression d’y avoir pris part, non. Ils n’ont pas eu le sentiment d’avoir contribué à la planification ni à la prise de décisions, en tout cas, pas adéquatement.

Le sénateur Callbeck : Pas adéquatement. Donc, vous avez pu faire valoir votre position face aux problèmes, mais vous n’avez pas vraiment eu votre mot à dire au sujet des politiques?

Mme Betker : Je crois que c’est juste de le dire ainsi, oui. C’est ce que nos membres nous ont rapporté. Pour ce qui est du leadership, de recourir à l’expertise des infirmiers et infirmières, notamment pour déterminer comment les choses allaient fonctionner, quelles seraient les politiques adoptées et comment organiser le tout, non, nos membres n’ont pas eu l’impression d’avoir eu une voix au chapitre à ce moment-là.

Le sénateur Callbeck : Beaucoup de nos témoins nous ont parlé de la communication. Docteur, je crois que vous nous avez dit il y a quelques minutes qu’alors que vous vous attendiez à ne recevoir qu’un seul message, dans un cas en particulier, vous avez eu huit messages différents. Comment pouvons-nous remédier à la situation? Que nous recommande-t-on?

Dr Turnbull : Je pense que nous sommes tous du même avis. Nous devons établir un réseau de communication, car nous devons pouvoir communiquer avec tous les intervenants en matière de santé. La solution peut sembler facile, mais nous ne disposons d’aucun système simple de communication continu et vérifié. Nous ne savons pas comment rejoindre tous les médecins du Canada. C’est donc une chose à corriger. Nous avons besoin d’un tel système, et il doit être vérifié et mis à jour.

En outre, nous devons diffuser un message cohérent qui provient d’abord des spécialistes, qui est revu par des cliniciens (que ce soit du personnel infirmier ou des médecins) et qui est facilement applicable et adaptable selon les régions. Imaginons donc un plan d’intervention national, qui serait appliqué au niveau régional, en veillant à ce que les responsables régionaux de la santé publique aient accès à du personnel infirmier et à des médecins pour recevoir des conseils d’ordre clinique; un seul et même message serait donc communiqué.

Le sénateur Callbeck : Est-ce que ce message est adapté en fonction de la région? Est-ce pour cette raison que nous avons eu ces problèmes? L’agence a décidé quelque chose à propos de la liste de priorités, par exemple, mais les provinces ont choisi de ne pas suivre la proposition de l’agence.

Dr. Turnbull: When I think of regional adjustment, if you will permit me to continue, I would receive something from my hospital and something from my public health organization, all in the region; I would then receive something from my local Ontario Medical Association; and then I would receive something from someone else, my local integration network, LIN. All these communications would have slightly different variations but the same theme. Even at the local level we had a lot of different people and voices, and I might receive those communications every day. You can imagine the confusion that is conveyed to practitioners. Who is running the show?

Ms. Fralick: I want to add that this situation was a learning experience, and we felt that, from the perspective of the Canadian Healthcare Association, the Public Health Agency emerged and grew into its role, I suppose. That learning was helpful, but it was a little bit too late; too little, too late, one might say. However, throughout the crisis, the Public Health Agency became the go-to place, but it did not start as the go-to place, and so it is a lesson learned.

The other piece, consistent with what Dr. Turnbull mentioned, is the need for that network of rollout. I cannot help but think of time that I spent working for the Canadian Forces in Europe. That was in the 1980s. There were no telephones, and yet they had emergency exercises. There was a most amazingly efficient network that rolled out from trucks rolling through the communities saying, “Snowball, snowball, snowball. There is a CFE snowball in effect.”

I am getting into too much detail, but the military had a tremendous approach to how to communicate from one level to the next, and there was buy-in at every level that this approach was the way to go. As I mentioned in my recommendations, a time of calm is when we come up with that network of communication steps that everyone buys into — federal-provincial-territorial levels, Health, you name it — so that when we are in an emergency, communication can be implemented more effectively and simply.

The Chair: I must now move on to Senator Ogilvie from Nova Scotia who is also deputy chair of this committee.

Senator Ogilvie: Thank you, chair. It has been interesting this morning. We have heard repetition of many issues that were current across jurisdictions throughout this situation and the recognition that communication, preparedness and so on are all important. We also heard about the concept of surge and what it means, and potentially means, under other circumstances.

When one looks at a number of things you have mentioned this morning and the legal basis under which we operate in this country, the various acts, I am astounded that we were able to put together, since SARS, a program that worked to the degree of efficiency that it did, based on the degree of cooperation between the federal, provincial and municipal levels because all three have rights under constitutional law and responsibilities in these areas. Many issues you talked about in terms of conflicting communications fall within

Dr Turnbull : Quand je pense à l’adaptation régionale, si vous me permettez de continuer, c’est que je recevrais une directive de mon hôpital et une autre de mon organisme de santé publique, tous deux dans la même région; j’en aurais ensuite une de l’Ontario Medical Association, puis encore une autre de mon réseau d’intégration local. Tous ces messages sont en fait des variations sur un même thème, juste un peu différents. Même au niveau local nous avons entendu différentes personnes s’exprimer sur la question, et je peux recevoir ce genre de communications tous les jours. Vous pouvez vous imaginer la confusion qui règne chez les praticiens. Qui mène la barque?

Mme Fralick : J’ajouterais que nous avons appris de cette expérience, et l’Association canadienne des soins de santé considère que l’Agence de la santé publique en est sortie grandie, si je peux m’exprimer ainsi. Nous en avons tiré des leçons importantes, mais c’était un peu trop tard. Toutefois, tout au long de la crise, l’Agence de la santé publique est peu à peu devenue la référence, mais ce n’était pas le cas au début. On peut donc dire qu’on a appris une leçon.

Une autre chose, pour revenir à ce que le Dr Turnbull nous disait, c’est que nous devons mettre en place ce réseau de déploiement. Je ne peux m’empêcher de penser au temps où je travaillais pour les Forces canadiennes en Europe. C’était dans les années 1980. Il n’y avait pas de téléphone, mais on arrivait à organiser des exercices d’urgence. Un réseau remarquablement efficace avait été mis en place. Des camions sillonnaient les rues des villes et des villages et on les entendait scander le message « Boule de neige, boule de neige, boule de neige. Opération boule de neige des FCE en vigueur. »

J’entre un peu trop dans les détails, mais les militaires avaient une façon extraordinaire de communiquer d’un niveau à l’autre, et tout le monde s’entendait pour dire que c’était la meilleure façon de faire. Comme je l’ai signalé dans mes recommandations, il faut profiter de l’accalmie pour mettre en place un réseau de communication qui plaira à tout le monde (les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les organismes de santé, et cetera). De cette façon, en situation d’urgence, on pourra communiquer plus facilement et efficacement.

Le président : La parole est maintenant au sénateur Ogilvie, de la Nouvelle-Écosse, qui est aussi vice-président de ce comité.

Le sénateur Ogilvie : Merci, monsieur le président. Ce fut une matinée intéressante. Des problèmes communs à toutes les régions nous ont été signalés à plusieurs reprises, et tout le monde reconnaît qu’il est important d’avoir un réseau de communication et un plan d’intervention. On nous a également parlé de la notion de capacité de pointe, et de ce qu’elle signifie ou pourrait signifier en d’autres circonstances.

Quand je pense aux choses que vous avez soulignées ce matin et au cadre juridique de notre pays, je suis abasourdi de voir que nous avons réussi à mettre en place, depuis la crise du SRAS, un programme qui a été aussi efficace que celui-là, compte tenu du niveau de coopération entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les administrations municipales, qui ont tous des droits en vertu du droit constitutionnel et des responsabilités dans ces secteurs. Les problèmes que vous avez soulevés en ce qui a trait

the rollout that is within the provincial and municipal areas. Clearly, those areas need to be looked at, and we have to keep in mind where the responsibility for those areas lie.

When you mention more committees, I could imagine more committees as we prepare between pandemics, but I was delighted with some of your response suggesting we need fewer committees. Presumably, by the time we are into the pandemic, we want to be in full-action mode, and in my experience a committee is not considered full-action-mode response. However, I take your point in that regard.

The other situation is that most of the groups appearing, and who will appear, have provided us with documents indicating that the issues they felt were important were more supplies and more access. These issues include people from front-line providers, such as the firefighters, right through to nurses dealing directly with the patients.

Dr. Turnbull, I was a little surprised in one of your documents — I am not suggesting that the CMA does not have a right to put this issue forward — that from one of the highest paid and highly insured professional groups in the country, your recommendations during a pandemic include that physicians be compensated for lost clinical earnings to cover expenses — lost group earnings, overhead, medical expenditures and so on, and that a family should receive additional financial compensation in the case of a family member who dies and so on. I am simply saying that I was surprised to see these kinds of reactions, including urging us not to provide legislation where physicians are conscripted.

The issue is, we had a mild pandemic. If we are hit by an unusual agent, an unusual virus — one that takes us to the next level of pandemic — or even a substantial epidemic that could occur in this country versus elsewhere, it seems to me that it would not be unreasonable, under those circumstances, given what all of you are saying in terms of the need to marshal forces to deal with it, that the Emergency Measures Act might be invoked under those circumstances.

I repeat, you have the absolute right to put these recommendations forward and they probably should be considered, but in listening to the response to all of those engaged in the pandemic, I am surprised to see this recommendation coming from physicians.

Dr. Turnbull: One difference is that physicians are independent practitioners, so they do not have employment benefits. That was where I think that recommendation originally came from. Physicians will be there; they will participate and give it their all. At times, they put their well-being at risk to serve their communities, and they will continue to do that always.

Senator Martin: Thank you very much for your insightful and helpful recommendations. It has been quite a process of bringing together different associations and stakeholders that perhaps may

aux messages contradictoires découlent souvent de la mise en œuvre dans les secteurs provinciaux et municipaux. De toute évidence, il faut se pencher sur la question, tout en gardant à l'esprit à qui incombe la responsabilité de ces secteurs.

Quand il a été question de nouveaux comités, et j'imagine qu'il pourrait y en avoir davantage en vue de se préparer à une éventuelle pandémie, j'ai été ravi d'entendre certains d'entre vous nous dire qu'il en faudrait peut-être moins. Nous voulons être fins prêts à intervenir quand une pandémie se présentera, et d'après ce que j'ai pu voir, nous ne sommes pas prêts à intervenir quand nous en sommes encore à l'étape du comité. Toutefois, je prends note de vos commentaires à cet égard.

La plupart des groupes qui sont venus témoigner, et qui viendront témoigner, nous ont soumis des documents indiquant que la chose la plus importante à corriger était le manque de ressources et l'accès difficile aux services. On parle des intervenants de première ligne, comme les pompiers, jusqu'au personnel infirmier, qui prend directement soin des patients.

Docteur Turnbull, j'ai été un peu étonné de lire ce qui suit dans un de vos documents. Je ne dis pas que l'AMC n'a pas le droit de soulever la question, mais vous recommandez entre autres d'indemniser les médecins en temps de pandémie de la perte de revenus cliniques et de couvrir les dépenses encourues : perte de revenus collectifs, frais généraux, dépenses de nature médicale, et cetera. C'est un peu surprenant venant d'un des groupes professionnels les mieux rémunérés et assurés au pays. Vous recommandez également d'indemniser la famille d'un médecin qui décède pour avoir fourni des soins durant une pandémie. J'ai simplement été surpris de ces réactions, notamment de voir que vous nous pressiez de ne pas « conscrire » les médecins au moyen d'une mesure législative.

Nous avons eu affaire à une pandémie modérée. Si nous devons être frappés par un agent inhabituel, un virus peu commun (un virus qui nous amènerait au prochain niveau de pandémie), ou même par une épidémie qui serait plus sévère ici qu'ailleurs, il me semble qu'il ne serait pas déraisonnable d'invoquer la Loi sur les mesures d'urgence dans un tel cas, compte tenu de ce que vous nous dites à propos de la mobilisation des ressources.

Je le répète, vous avez absolument le droit de formuler ces recommandations et elles méritent sans doute d'être étudiées, mais vu les réponses de tous ceux qui sont appelés à intervenir en situation de pandémie, je suis surpris de voir cette recommandation de la part des médecins.

Dr. Turnbull : La différence, c'est que les médecins sont des praticiens indépendants, ils ne bénéficient donc pas de prestations d'assurance-emploi. Je crois que c'est de là que découle cette recommandation. Les médecins seront là; ils vont se donner corps et âme à la cause. Ils mettent parfois en péril leur propre santé pour servir leurs collectivités, et ils continueront toujours à le faire.

Le sénateur Martin : Merci beaucoup pour vos recommandations, utiles et judicieuses. Cela a été tout un exercice de rassembler différentes associations et des intervenants qui n'ont peut-être pas

not have had an opportunity to come together like this and hear what one another has to say, as well as having themes emerge, and for us to know what the key priorities are.

I want to address the communications point that you have all raised, and that we have heard repeatedly from other witnesses.

If we are able to identify clearly the entire network or networks of health professionals, as you point out, if they are engaged and have the right information, they can be helpful to the entire roll-out because they are in direct contact with the patients and their clients that they see on a regular basis. This entire network that is extremely complex exists; it is intricate and interwoven. I was thinking about the matrix. It is complex.

There is a website for the federal government that plays this national role, and the pandemic plan, which is a Canadian plan. Once that network is clearly identified — and we are starting to do that; this committee is one effective way of doing so — rather than having Health Canada or one place going to all these other networks, I wonder whether it is as simple as having one place where information is shared and posted during a pandemic outbreak — an entire process, rather than having the centre go out to every remote place, that network, once it is identified, in terms of the communication being consistent and clear, and the messaging being absolutely clear, as you call for — it is a matter of coming back to that centre.

Perhaps I am simplifying the issue because I know how complex it is. In hearing about it, we know that there can be a website or a separate online source and that is where we all go for information. I wonder if it is “as simple as that.” I am putting it in quotation marks because of the complexity of the entire network.

Ms. Fralick: Nothing is that simple, although I love the concept. The one thing I will add is that you need the buy-in and acceptance of the other pieces that they want to go to that source, which involves agreement of governments and all the other players we have been talking about.

Senator Martin: We heard about federal-provincial-territorial collaboration and agreement. I am saying, in identifying the network, if that agreement can be reached, that solution can be simple, using the term “simple” completely within the context of what I am talking about.

Dr. Ricketts: I often said with surveillance issues that if you think surveillance is easy, it is easy to play a flute; blow in one end and move your fingers over the holes. It is not easy to do this kind of thing, I am afraid. I will give you a couple of examples.

The audience must be defined carefully. I received more information from André Picard in the newspaper than I did from any other resource. Unless we make the clinician a target of our communication system, and recognize what has to happen for them to be communicated to, we will not be successful.

eu l’occasion de se rencontrer et d’entendre ce que les autres avaient à dire. Il est intéressant pour nous de voir que certains thèmes se sont démarqués et de savoir quelles sont les plus grandes priorités.

J’aimerais parler des communications, un point que vous avez tous soulevé, et dont il a aussi souvent été question dans d’autres témoignages.

Si nous pouvions identifier clairement la toile de réseaux de professionnels de la santé, comme vous l’indiquez, et si les professionnels de la santé étaient mis à contribution et qu’ils disposaient des bonnes informations, ils pourraient aider au déploiement d’un plan global, parce qu’ils sont en contact direct avec les patients et leurs clients réguliers. Ce réseau très complexe existe déjà; il est compliqué et ses différentes composantes s’entrecroisent. Je pensais à la matrice. C’est complexe.

Le gouvernement fédéral a un site web qui joue ce rôle national, et je parle du plan de lutte contre la pandémie, le Plan canadien. Une fois que le réseau aura été bien défini, et c’est ce que nous commençons à faire, au lieu que Santé Canada, par exemple, établisse des contacts avec les différents réseaux, il serait peut-être plus simple d’établir une source unique qui permettrait de diffuser l’information en période de pandémie. Plutôt que le centre aille à la rencontre de chacune des composantes de ce réseau, les différents intervenants pourraient aller chercher l’information auprès de ce centre, ce qui permettrait de communiquer des messages clairs et cohérents.

Je simplifie peut-être le problème, parce que je sais qu’il est très complexe. D’après ce que nous avons entendu, nous savons qu’il est possible de créer un site web ou une autre source d’information en ligne. Je me demande si cela pourrait être aussi « simple ». Et je le mets entre guillemets, car je suis conscient de la complexité du réseau.

Mme Fralick : Rien n’est aussi simple, même si j’aime bien le concept. J’ajouterais simplement que vous devez rallier tous les intervenants pour qu’ils acceptent de s’en remettre à cette source, et pour cela, il faut conclure des ententes entre les gouvernements et les autres intervenants dont il a été question.

Le sénateur Martin : Nous avons entendu parler de collaboration et d’ententes fédérales-provinciales-territoriales. J’imagine que si on peut arriver à un consensus pour la définition du réseau, la solution peut être simple, et je dis « simple » relativement à la question qui nous occupe.

Dr. Ricketts : Comme je l’ai dit souvent, c’est aussi facile d’assurer une surveillance que de jouer de la flûte; il n’y a qu’à souffler dans le bec et à boucher les trous avec ses doigts. J’ai bien peur que ce ne soit pas aussi simple que cela. Je peux vous donner quelques exemples.

Il faut définir soigneusement le public cible. De toutes les ressources à ma disposition, c’est André Picard, dans le journal, qui m’a donné le plus d’information. Si nous ne ciblons pas les cliniciens avec notre système de communication, et que nous ne reconnaissons pas ce qu’il faut faire pour communiquer avec eux, nous n’y parviendrons pas.

Timeliness is an extremely important issue. Passive information, which is what you are talking about, asking me to go to a website, is not effective for extremely busy clinical-placed professionals. The information needs to come to them at their site and their convenience, and it must be found easily. I have no doubt that a website will also be useful, but I do not want to suggest that I know what the full answer is.

In our case, the federal-provincial-territorial processes slowed down the information quite a bit. There was a lot of talk and consensus-building taking place at the bureaucratic level while everyone else waited for the information to come through. I hate for it to sound like a criticism but, unfortunately, that issue would be a great one to address, how to speed up that information through to the clinical level as quickly as possible.

Finally, I will point out that the Infection Control Guidelines are excellent guidelines. When I worked for the agency, I used to produce these things, and was always proud of them. At 66 pages long, we cannot expect a doctor or a nurse in a busy practice to understand what they are supposed to do. That process is called knowledge translation, and we need the clinicians involved in preparing the knowledge translation. That means they need the information even when it is not fully formed. We have to trust the professionals to be able to deal with uncertainty. I want to make those points.

Ms. Betker: I think one of the themes around communication is two-way, so a website, although it is a good idea, does not have that two-way piece.

The other thing is not to assume every practitioner has access to, or skill even, with some of the most basic kind of Internet communication because technology is not necessarily always a tool of our trade out there in public health.

The other thing not to forget is around language, with respect to the multiple languages our citizens speak. I think that point speaks more to knowledge translation, but for information to be there at the front line in a way that is interpreted for the people that it is being used for.

Senator Cordy: I think it is extremely important that we have the front-line workers here. Thank you very much for your input today.

Ms. Fralick, I was interested in the labour mobility issue that you raised. Are you suggesting that health professionals cannot transfer from one province to another?

Dr. Turnbull, you talked about the sequence of patients. I assume you mean prioritizing?

Dr. Turnbull: Yes.

Les délais sont aussi extrêmement importants. L'information passive, ce dont vous parlez, c'est-à-dire de demander aux gens de consulter un site web, n'est pas un moyen efficace pour communiquer avec les professionnels des milieux cliniques, qui sont débordés. L'information doit leur parvenir sur place, et ils doivent pouvoir la trouver facilement et la consulter à leur convenance. Je n'ai aucun doute qu'un site web aurait aussi son utilité, mais je ne veux pas laisser entendre que je sais exactement quelle est la solution.

Dans notre cas, les processus fédéraux-provinciaux-territoriaux ont ralenti considérablement la diffusion de l'information. Il y a eu beaucoup de discussions et de concertations au niveau de la bureaucratie, alors que tout le monde attendait de recevoir l'information. Je ne voudrais pas avoir l'air de critiquer, mais, malheureusement, ce serait un grave problème à corriger. Il faut trouver un moyen d'accélérer la diffusion de l'information pour qu'elle parvienne le plus rapidement possible au niveau clinique.

Finalement, je souligne que le Guide de prévention des infections est un excellent guide. Quand je travaillais à l'agence, je produisais ces lignes directrices, et j'en ai toujours été fier. On ne peut pas demander aux médecins ou au personnel infirmier dans un cabinet débordé de lire un document de 66 pages pour savoir ce qu'ils doivent faire. C'est un processus que l'on appelle « application des connaissances ». Cela signifie que les professionnels ont besoin de l'information, même si tous les détails n'ont pas été fixés. Nous devons faire confiance aux professionnels; ils sont capables de gérer l'incertitude. Je tenais à faire valoir ces quelques points.

Mme Betker : Je crois que la communication doit être bidirectionnelle et qu'un site web, même s'il peut s'avérer utile, n'offre pas cet élément.

En outre, il ne faut pas présumer que tous les médecins ont accès à Internet ou même qu'ils ont les aptitudes requises pour en utiliser les fonctions les plus élémentaires, car la technologie n'est pas nécessairement toujours un outil dont nous nous servons en santé publique.

N'oublions pas non plus que nos citoyens parlent une multitude de langues. Je pense que ce point concerne davantage l'application des connaissances, mais il faut que l'information soit transmise en première ligne, traduite dans la langue parlée par les personnes à qui elle est destinée.

Le sénateur Cordy : Je crois qu'il est extrêmement important que nous entendions aussi les intervenants de première ligne. Je vous remercie beaucoup de votre participation aujourd'hui.

Madame Fralick, la question que vous avez soulevée concernant la mobilité de la main-d'œuvre m'a intéressée. Voulez-vous dire que les professionnels de la santé ne peuvent pas changer de province?

Docteur Turnbull, vous avez parlé du séquençage des patients. Je suppose que vous voulez parler de l'établissement de la liste des groupes prioritaires?

Dr Turnbull : Oui.

Senator Cordy: Who was in charge of prioritizing? We heard from the Aboriginal Nurses Association of Canada and others that they also, because of their culture, had a problem with certain groupings before their elders in the community. Also, with the overcrowding, what was the point of immunizing one age group within the family when they had three, maybe four generations living in the same household? It made more sense to immunize a household at a time. Why, particularly in remote areas, would you go on four separate occasions to bring the four different age groups to a clinic? Who was in charge of making up the priority list?

Dr. Turnbull: The priority list was set up on an evidence base of those individuals at the greatest risk. It made good public health policy with respect to the sequencing and the prioritizing. It did not make good practical sense right in a clinic where the providers were, and that is why we probably should have put both groups together to help us make those practice guidelines. Clinicians could have said that it would not work in their particular circumstance.

Ms. Fralick: In terms of the Agreement on Internal Trade, yes, and in the interests of time, we would be prepared to follow up with information to you. There are still difficulties in labour mobility. It was a huge issue for SARS where exhausted health care workers could not request other provinces to help because of licensing issues. There is an agreement in place and the provinces have signed on, but there are still issues.

Senator Cordy: That amazes me.

Dr. Levy: I agree fully with Dr. Turnbull's answer. The Public Health Agency led the development of the sequencing groups during the summer and early fall. There was significant engagement at the provincial level. There was not an ongoing engagement at the front-line level, but the agency was solid from an evidence-based perspective, as we have heard, although maybe not from a logistical implementation perspective.

That point speaks also to one I will make regarding communications: invest in two-way infrastructure for sure, so that the audiences can receive push-out technology and respond to it in real time.

The other piece is clarity of role, because each of those eight organizations had a legitimate reason and obligation to provide information, but the coordination and absence of clarity of role in a reflective way complicates the communications dilemma greatly. Leadership on clarity-of-role definition would be a significant help.

Senator Dickson: Thank you very much for your excellent presentations. Notwithstanding there are weaknesses, overall, with your help, the Public Health Agency of Canada has done an excellent job in the rollout.

Le sénateur Cordy : Qui en était responsable? Les membres de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, entre autres, nous ont dit avoir aussi connu des problèmes, en raison de leur culture, en ce qui a trait à certains groupes qui ont été jugés prioritaires avant les anciens de leur communauté. De plus, étant donné la surpopulation, pour quelle raison n'a-t-on vacciné qu'un seul groupe d'âge à la fois dans les familles, alors qu'il y avait trois, parfois quatre générations qui vivaient sous le même toit? Il aurait été plus logique de vacciner un foyer à la fois. Pourquoi, en particulier dans les régions isolées, est-on allé chercher les quatre groupes d'âge à quatre occasions différentes pour les amener à une clinique? Qui était chargé d'établir la liste des groupes prioritaires?

Dr Turnbull : La liste des groupes prioritaires a été établie en fonction des personnes les plus à risque. C'était une bonne politique de santé publique en ce qui a trait au séquençage et à la liste des groupes prioritaires. Cependant, ce n'était pas tellement logique directement en clinique, là où étaient les fournisseurs de soins de santé, et c'est pourquoi nous aurions probablement dû réunir les deux groupes afin qu'ils nous aident à élaborer ces directives pour la pratique clinique. Les cliniciens auraient pu nous dire que cela ne fonctionnerait pas dans leur situation.

Mme Fralick : Selon l'Accord sur le commerce intérieur, oui, et puisque nous n'avons pas beaucoup de temps, nous serions prêts à vous faire parvenir l'information. On connaît encore des problèmes au chapitre de la mobilité de la main-d'œuvre. C'était un enjeu énorme à l'époque de l'éclosion du SRAS, car les travailleurs de la santé épuisés ne pouvaient obtenir l'aide de travailleurs d'autres provinces à cause de questions relatives aux permis. Les provinces ont signé une entente à ce chapitre, mais il existe encore des problèmes.

Le sénateur Cordy : Cela me renverse.

Dr Levy : Je suis tout à fait d'accord avec le Dr Turnbull. L'Agence de la santé publique a dirigé l'établissement des groupes de séquençage durant l'été et au début de l'automne. Il y a eu un engagement important de la part des provinces. Il n'y a pas eu d'engagement continu sur le terrain, mais l'agence était solide d'un point de vue factuel, comme nous l'avons entendu, même si elle ne l'était peut-être pas sur le plan de la mise en œuvre logistique.

Cela m'amène à vous parler des communications : il faut vraiment investir dans l'infrastructure bidirectionnelle, afin que les personnes concernées puissent avoir accès aux technologies de pointe et intervenir en temps réel.

L'autre élément est la définition claire des rôles, car chacun de ces huit organismes avait une raison légitime et l'obligation de fournir les informations, mais le manque de coordination et l'absence d'une définition claire et réfléchie des rôles compliquent grandement les communications. Il serait certainement très utile que l'on fasse preuve de leadership sur cette question.

Le sénateur Dickson : Je vous remercie beaucoup de vos excellents exposés. Malgré quelques lacunes, dans l'ensemble, avec votre aide, l'Agence de la santé publique du Canada a fait de l'excellent travail dans la mise en œuvre du plan.

Ms. Fralick mentioned that the idea of who was in charge, and when you learned that person was in charge. Who really was in charge? Does the person have a name, or is it another silo? If so, which one of the silos was it? When did you learn this phantom was in charge?

Ms. Fralick: Frankly, this is from my members, but it is a personal observation. When Dr. Butler-Jones started appearing on the television screens in our bedrooms and living rooms across the country, that appearance put someone in charge. It was a unique move in Canada to have a deputy minister lead, as opposed to a minister. However, he is a physician. He gave credibility and confidence to the population. From my perspective, that appearance was a turning point.

However, I take into account all the other comments. That move did not solve all of the issues. We were still in the middle of a crisis. All the issues we brought forward still need to be addressed. The Public Health Agency of Canada has a role to play and could be a go-to place for many of the elements we are talking about if everyone agrees and does not feel the need to reshape and rephrase all the messaging so it feels like different information.

Senator Dickson: I understood there were tabletop exercises. Did any of your groups participate in those tabletop exercises?

Dr. Ricketts: Yes, I referred to them earlier. I have been a participant as a member of the Public Health Agency, and Jill Skinner, who also works for me now in my role at CMA, has participated in them. The stakeholder groups are put at a table off to one side, and it is not an effective tool. That is an important point. We have to test the system right down to the grassroots.

The Chair: That is the end of this panel, because we have run out of time, which I am sorry about because there is so much more we could explore. Thank you all for participating.

This second panel will deal with front-line workers. The first person to introduce is the President of the Canadian Association of Fire Chiefs, Robert Simonds. The mission of the Canadian Association of Fire Chiefs is to represent the Canadian fire service on public safety issues. Mr. Simonds has worked towards increased federal involvement in, and financing for, preparation for major emergencies.

From the Canadian Teachers' Federation, we have Mary-Lou Donnelly, President. The Canadian Teacher's Federation is the national alliance of provincial and territorial teacher organizations. The federation represents nearly 200,000 elementary and secondary schoolteachers across Canada. Ms. Donnelly has been a teacher and administrator for over 25 years.

Myles Ellis, Director of Economic and Member Services for the Canadian Teachers' Federation, is also here. He holds a master's degree in education from Saint Mary's University in

Mme Fralick a mentionné qu'à un moment donné, il lui a semblé que quelqu'un s'occupait de la situation. Mais qui était-ce exactement? A-t-on le nom de la personne? Est-ce que cela relève d'une autre autorité? Si oui, de laquelle? Quand avez-vous su que cette personne inconnue était aux commandes?

Mme Fralick : Honnêtement, les membres de mon association m'en ont parlé, mais c'est une observation personnelle. Quand nous avons commencé à voir le Dr Butler-Jones à la télévision partout au pays, pour nous, cela voulait dire qu'il y avait une personne responsable. C'était une initiative unique au Canada que de mettre à la barre un sous-ministre plutôt qu'un ministre. Mais il est médecin et il a donné de la crédibilité au processus et de la confiance à la population. Selon moi, cette apparition a été un point tournant.

Cependant, je tiens compte de tous les autres commentaires. Cette initiative n'a pas tout réglé. Nous étions toujours en pleine crise. Tous les problèmes dont nous avons parlé doivent encore être réglés. L'Agence de la santé publique du Canada a un rôle à jouer et pourrait devenir le point de référence pour bien des éléments dont nous parlons, si tout le monde est d'accord et ne ressent pas le besoin de réorganiser et de reformuler tous les messages pour qu'ils aient l'air de fournir des renseignements différents.

Le sénateur Dickson : Je crois qu'il y a eu des exercices de simulation. Vos groupes y ont-ils participé?

Dre Ricketts : Oui, j'en ai parlé tout à l'heure. J'y ai participé en tant que membre de l'Agence de la santé publique, et Jill Skinner, qui travaille aussi pour moi maintenant à l'AMC, y a participé également. Or, les groupes d'intervenants sont un peu mis de côté, et ce n'est pas un outil efficace. C'est un point important. Il nous faut tester le système à la base.

Le président : Nous devons mettre fin à l'audition de ce groupe de témoins, car nous manquons de temps. J'en suis désolé; nous pourrions nous pencher sur tant d'autres questions. Je vous remercie tous de votre participation.

Notre deuxième groupe de témoins nous parlera des intervenants de première ligne. La première personne que nous entendrons est Robert Simonds, président de l'Association canadienne des chefs de pompiers. Cette association a comme mission de représenter les services d'incendie du Canada pour les questions de sécurité publique. M. Simonds travaille à une participation et à un financement accrus du gouvernement fédéral en ce qui a trait à la préparation pour les cas d'urgences majeures.

Nous entendrons également Mary-Lou Donnelly, présidente de la Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants. La fédération est l'alliance nationale des organisations d'enseignants des provinces et des territoires et elle représente près de 200 000 enseignants du primaire et du secondaire de partout au Canada. Mme Donnelly est enseignante et administratrice depuis plus de 25 ans.

Nous accueillons aussi Myles Ellis, directeur des Services économiques et aux membres de la Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants. Il détient une maîtrise en

Nova Scotia as well as a certificate in industrial relations from Queen's University. He is the Director of the Canadian Association for the Practical Study of Law and Education.

From the Federation of Canadian Municipalities, we have Claude Dauphin, Third Vice-President, currently the mayor of Lachine, Quebec, and Chairman of the Montreal City Council.

Alain Normand is also here from the Federation of Canadian Municipalities. He is a member of the Pandemic Preparedness Working Group. He is an author, a lecturer, a teacher and an expert in emergency management.

From the Paramedic Association of Canada, Greg Furlong is an advanced care paramedic with the Ottawa service. He has also served on the board of directors with the Professional Paramedic Association of Ottawa. That is our panel.

First up is Robert Simonds. Chief Simonds and those of you who are speaking, can you make your introductory remarks in five minutes please.

Robert Simonds, President, Canadian Association of Fire Chiefs: Thank you, chair. I will preface my formal comments by making a note that, in my prepared text, I reference a survey. There is an updated iteration of that survey. That is the only deviation from my formal submission to you.

Good morning. I am the fire chief in Saint John, New Brunswick. I appear before you today in my capacity as the President of the Canadian Association of Fire Chiefs. CAFC is a national organization representing some 1,000 fire chiefs and other chief fire officers located in every province and territory. Our members are drawn from both the fire departments in major urban centres with full-time firefighting personnel and those in rural and often remote areas served by volunteer personnel.

Since receiving your kind invitation last week to appear today, we conducted a mini-survey of our board and executive committee as well as the members of our government relations committee and a group of fire chiefs from large metropolitan areas. Given the targeted scope of our survey, we do not purport that the data has statistical purity. However, we absolutely believe it serves to confirm the anecdotal remarks and observations that have been making their way through the fire service since last year's pandemic.

Responses to our survey came from 19 chief fire officers whose departments collectively protect over 7.3 million Canadians, or about 21 per cent of the total population. About 10,600 firefighting personnel are in those departments. Of that total, 2025 were men and women from volunteer fire departments. The 19 replies came from eight provinces and one territory.

éducation de l'Université Saint Mary's, en Nouvelle-Écosse, ainsi qu'un certificat en relations industrielles de l'Université Queen's. Il est aussi directeur de l'Association canadienne pour une étude pratique de la loi dans le système éducatif.

Nous recevons également Claude Dauphin, troisième vice-président de la Fédération canadienne des municipalités. Il est le maire actuel de Lachine, au Québec, et le président du conseil municipal de Montréal.

Alain Normand, de la Fédération canadienne des municipalités, est aussi avec nous. Il est membre du groupe de travail sur la pandémie. C'est un auteur, conférencier, enseignant et spécialiste du domaine de la gestion des urgences.

Greg Furlong, de l'Association des paramédics du Canada, est un paramédic des soins avancés au sein du service d'Ottawa. Il siège également au conseil d'administration de l'Association des paramédics professionnels d'Ottawa. Voilà notre groupe de témoins.

Nous allons d'abord entendre Robert Simonds. Je tiens à informer M. Simonds et les autres témoins qu'ils disposent de cinq minutes pour nous présenter leur déclaration préliminaire.

Robert Simonds, président, Association canadienne des chefs de pompiers : Merci, monsieur le président. Avant de commencer mon exposé, j'aimerais d'abord faire une précision. Dans mon mémoire, je parle d'un sondage, et il se trouve qu'il y a une nouvelle édition de ce sondage. C'est le seul changement que j'ai à faire dans le mémoire que je vous présente.

Bonjour. Je suis chef du service des incendies de Saint John, au Nouveau-Brunswick. Je comparais devant vous aujourd'hui à titre de président de l'Association canadienne des chefs de pompiers. L'ACCP est une organisation nationale qui représente quelque 1 000 chefs de pompier et autres officiers supérieurs de services d'incendie disséminés dans l'ensemble des provinces et des territoires. Ses membres appartiennent aux services d'incendie de grands centres urbains disposant d'un effectif complet de sapeurs-pompiers aussi bien qu'à ceux de localités rurales et souvent isolées desservies par des sapeurs-pompiers volontaires.

Depuis que vous avez eu la gentillesse, la semaine dernière, de nous inviter à comparaître aujourd'hui, nous avons fait un mini-sondage parmi les membres de notre conseil d'administration, de notre comité exécutif et de notre comité des relations avec les gouvernements et auprès des chefs de pompier d'un certain nombre de grands centres métropolitains. Compte tenu de la portée que nous voulions donner à notre sondage, nous ne prétendons pas disposer de données statistiquement limpides; nous sommes toutefois absolument convaincus qu'elles confirment les comptes rendus anecdotiques et les observations qui ont circulé dans l'ensemble de notre service d'incendie depuis la pandémie de l'année dernière.

Ont répondu à notre sondage 19 officiers supérieurs dont les services, pris collectivement, protègent plus de 7,3 millions de Canadiens, soit quelque 21 p. 100 de la population du pays. Ces services comptent environ 10 600 pompiers. De ce nombre, 2 025 appartiennent à des services de pompiers volontaires. Les 19 répondants vivent dans huit provinces et un territoire.

From the perspective of pandemic preparedness, it is important that the committee bear in mind these important facts. First, CAFC estimates that there are 3,492 fire departments in Canada. Of these, 3,184 are volunteer departments. Those departments amount to just over 91 per cent of the total. Second, of the 108,000 total firefighting personnel in Canada, almost 79 per cent are volunteers. In most of the smaller communities, the volunteer fire departments are the only locally situated emergency first responder service available, with police and emergency medical services often responding from other communities.

The Public Health Agency of Canada's Pandemic Influenza Plan for the Health Sector says that, traditionally, "the responsibility to deal with emergencies is placed first on the individual and then on successive layers of government, as the resources and expertise of each are needed." The plan goes on to note, however, that "emergencies that are large and/or complex that transcend provincial or international boundaries, such as pandemic influenza, call for shared responsibilities."

CAFC agrees with that observation as far as it goes but recommends following the words "shared responsibilities" with the words "under federal leadership."

The Public Health Agency has said that fire chiefs will be among those designated to receive initial doses of vaccine in an influenza pandemic because they are persons whose decision-making authority will be necessary at the time of the pandemic to minimize societal disruption. Firefighters also will be eligible because they are persons who are trained or primarily involved in the provision of an essential service that, if not sustained at a minimal level, would threaten public health, safety or security.

Despite these good intentions, shared responsibility seems to have been to blame for the fact that 15 of the 19 responding fire departments confirmed that neither their chief nor other personnel received any priority for an early round of inoculations. An important reason for this breakdown is that 10 of the 19 responding chiefs stated they believed their municipality's public health authorities were unaware of the priority that the Public Health Agency had assigned to the early inoculation of all firefighting personnel. Clearly, it can be argued that the phrasology utilized could have been more direct and emphatic so that misinterpretation of the need for firefighters to be inoculated could not have occurred.

Your committee has asked about lessons that should be learned from the response to last year's pandemic virus. Our recommendations follow.

The Public Health Agency of Canada must ensure that all of its provincial and territorial counterparts are aware that fire services personnel are to receive a high level of inoculation priority and why this is important.

All municipal public health authorities need to know that fire services personnel are to receive a high level priority and why.

Pour ce qui est de notre état de préparation aux pandémies, il importe que le comité ne perde pas de vue quelques faits importants. Premièrement, l'ACCP estime qu'il y a 3 492 services d'incendie au Canada et que 3 184 d'entre eux — soit un peu plus de 91 p. 100 du total — sont composés de pompiers volontaires. Deuxièmement, près de 79 p. 100 des 108 000 sapeurs-pompiers que compte le Canada sont des pompiers volontaires. Dans la plupart des petites localités, les pompiers volontaires forment le seul service local de première alerte en cas d'urgence, les services de police et les services médicaux d'urgence étant souvent assurés par d'autres localités.

D'après le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé de l'Agence de la santé publique du Canada, depuis toujours, « la responsabilité de faire face aux urgences incombe d'abord aux particuliers, puis aux pouvoirs publics des autres niveaux, car les ressources et les compétences de chacun sont nécessaires ». Mais le plan signale aussi que « les urgences de grande envergure ou d'une grande complexité qui débordent les frontières provinciales ou internationales, comme une grippe pandémique, impliquent un partage des responsabilités ».

L'ACCP souscrit sans réserve à cette observation, mais estime qu'il y aurait lieu d'écrire « dirigé par le gouvernement fédéral » tout de suite après « partage des responsabilités ».

L'Agence de la santé publique a décidé que les chefs de pompier devaient être de ceux qui sont désignés pour recevoir les premières doses de vaccin en cas de pandémie de grippe parce que ce sont des acteurs dont le pouvoir décisionnel sera nécessaire pour réduire au minimum les perturbations sociales dans l'éventualité d'une pandémie. Les pompiers peuvent aussi être vaccinés avant tout le monde parce qu'ils sont formés ou sont les premiers à participer à la prestation des services essentiels qui doivent être assurés au moins à un degré minimum pour que la santé et la sécurité du public ne soient pas compromises.

Malgré ces bonnes intentions, il semble que si 15 des 19 services d'incendie qui ont répondu à notre sondage ont confirmé que ni leur chef ni d'autres membres de leur personnel n'ont été vaccinés en priorité, ce soit à cause du partage des responsabilités. Ce phénomène est surtout attribuable au fait que 10 des 19 chefs qui ont répondu ont dit avoir cru que les services de santé publique de leur municipalité ignoraient qu'aux fins de la vaccination, l'Agence de la santé publique avait accordé la priorité aux pompiers. On peut certainement soutenir que l'agence aurait pu s'exprimer en termes plus clairs et plus directs, de manière à ce que tous sachent sans équivoque qu'il fallait vacciner les sapeurs-pompiers en priorité.

Votre comité nous a demandé quelles leçons il y avait à tirer de la façon dont le Canada a réagi à la pandémie de grippe, l'année dernière. Voici nos recommandations.

L'Agence de la santé publique du Canada doit veiller à ce que ses équivalents provinciaux et territoriaux sachent que les sapeurs-pompiers doivent absolument être vaccinés en priorité et doit faire en sorte qu'ils comprennent pourquoi c'est aussi important.

Il faut que les services de santé publique des municipalités sachent que les sapeurs-pompiers doivent être vaccinés avant tout le monde et pourquoi.

In larger communities with their own fire, police and emergency medical services departments, dedicated clinics should be established apart from clinics available to the general public.

Since volunteer firefighting personnel are so important in smaller communities, additional efforts are required to ensure firefighting personnel are inoculated quickly.

Queue-jumping should not be permitted. High-profile queue-jumping last year led to widespread disregard for the orderly dispensing of inoculations. The committee should pay special attention to the Algoma Public Health Agency, which required all of those wishing to be inoculated to make appointments.

I look forward to taking part in the question-and-answer portion following these presentations.

Mary-Lou Donnelly, President, Canadian Teachers' Federation: Good morning. Thank you for the opportunity to appear before this committee. I am President of the Canadian Teachers' Federation. The federation is the national voice for teachers in Canada on education and related social issues. We represent upwards of 200,000 teachers through 16 provincial and territorial teacher organizations across the country.

I want to address the issues being examined by the committee through a brief analysis of the federation's teacher survey on H1N1 preparedness conducted in October 2009.

By the end of August 2009, the statistics were telling a frightening story about the H1N1 influenza virus: 1,454 people hospitalized in Canada in confirmed cases, and 72 deaths to the end of August. Earlier that month, Dr. David Butler-Jones, Canada's Chief Public Health Officer, said that schools, daycares and post-secondary institutions can play a critical role in our pandemic response. He said keeping schools open is an excellent way to educate and inform students and their families, minimize the impact of the virus on society and the economy, and offer a good environment in which to administer the pandemic vaccine.

The Canadian Teachers' Federation then began an action plan to access the best information available on the pandemic and to share it with members. One aspect of the plan was to develop and conduct a survey of Canadian teachers on preparedness levels in their schools. The report we have provided to you is a summary of the findings of the survey conducted October 23 to 30, 2009. I want to talk about some of the findings.

The first question addressed awareness. Not surprisingly, the highest level of awareness was reported at the school board or district level, with 85 per cent being aware. Over 9 in 10 educators surveyed reported that they had received handouts or material posted or delivered electronically, making this material the primary form of H1N1 information or training that they received at school. Sixty per cent of educators received H1N1 preparedness training at a regular staff meeting followed by

Dans les grands centres qui ont leurs propres services d'incendie et de police et leurs propres services médicaux d'urgence, il faut établir des cliniques spéciales distinctes de celles qui sont mises à la disposition du grand public.

Comme les sapeurs-pompiers volontaires sont extrêmement importants dans les petites collectivités, il y a lieu de prévoir des mesures supplémentaires pour qu'ils soient vaccinés sans délai.

Le resquillage doit être interdit. L'année dernière, la fréquence de ce problème a eu pour effet que des citoyens en sont venus à n'accorder aucune importance à l'ordre établi pour la vaccination. Le comité devrait accorder une attention spéciale à l'Agence de santé publique d'Algoma, qui a décidé que le vaccin serait administré sur rendez-vous seulement.

Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions après les exposés des autres témoins.

Mary-Lou Donnelly, présidente, Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants : Bonjour. Je vous remercie de me donner l'occasion de comparaître devant vous. Je suis présidente de la Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants, laquelle est le porte-parole national des enseignants du Canada en matière d'éducation et de questions sociales connexes. Nous représentons environ 200 000 enseignants au pays par l'entremise de 16 organisations provinciales et territoriales.

J'aimerais aborder les questions sur lesquelles se penche le comité par une brève analyse du sondage sur la stratégie relative à la grippe H1N1 que la fédération a réalisé auprès des enseignants en octobre 2009.

À la fin août 2009, les statistiques sur le virus de la grippe H1N1 étaient plutôt alarmantes : 72 décès et 1 454 hospitalisations au pays pour des cas confirmés. Plus tôt au cours de ce mois, le Dr David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique du Canada, a indiqué que les écoles, les garderies et les établissements d'enseignement postsecondaire pouvaient jouer un rôle essentiel dans notre stratégie de lutte contre la pandémie. Il a affirmé que le fait de garder les écoles ouvertes était une excellente façon d'éduquer et d'informer les élèves et leurs familles, d'atténuer les impacts du virus sur la société et l'économie et d'offrir un environnement adéquat pour administrer le vaccin.

La Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants a alors préparé un plan d'action afin d'avoir accès aux meilleurs renseignements possible sur la pandémie et de les communiquer à ses membres. L'un des volets du plan visait à élaborer et à réaliser un sondage sur les niveaux de préparation dans les écoles auprès des enseignants canadiens. Le rapport que nous vous avons remis est un résumé des résultats du sondage, mené du 23 au 30 octobre 2009. J'aimerais vous parler de certains résultats.

La première question portait sur la sensibilisation. Nous avons constaté, sans surprise, que le plus haut degré de sensibilisation était à l'échelon du conseil, de la commission scolaire ou du district scolaire, avec 85 p. 100. Plus de 9 éducateurs sur 10 ont indiqué avoir reçu des documents ou du matériel à lire affichés ou livrés par voie électronique, ce qui en fait la principale forme d'information ou de formation sur le virus H1N1 reçue à l'école. Soixante pour cent des enseignants ont reçu de la formation sur la

training after school, but only 47 per cent of educators surveyed indicated that their school had a communication plan in place to advise parents and other members of their school community in the event of a H1N1 outbreak at their school.

In what was considered to be the most important question on the survey, two thirds of educators surveyed felt comfortable with their school's level of preparedness. Educators were asked then to explain briefly the rationale for their comfort level. The response raised interesting issues and concerns, not the least of which was a broad range of perceptions regarding school-level readiness for a pandemic.

Several comments reflecting sentiments that appear across various educator comfort levels addressed the tension between the development of a pandemic policy or plan, and implementation of the plan in the school. Some respondents highlighted the important role of parents in helping to control the spread of the illness by keeping their sick children at home. At the same time, there seemed to be an awareness of the challenges many parents face in caring for their sick children at home.

A few responses made reference to teachers feeling they were on the front line of the H1N1 pandemic in terms of potential exposure to the virus in the school environment, and the vulnerability they felt as a result.

A number of comments spoke to the impact of the H1N1 outbreak on working conditions in classrooms and schools, and general health and safety issues. Some respondents expressed concern about the need for specific measures and precautions to safeguard pregnant teachers, as they were identified as being among the high-risk groups.

On the positive side of the survey, two out of three teachers indicated that they were "very" or "somewhat" comfortable with the preparedness in their schools. They outlined in their comments their satisfaction with communication efforts to staff and parents, policy and strategy development, the hygiene education plans in schools and the dissemination of print and audio-visual resources.

However, there were concerns as well. One out of three teachers were not comfortable with the pandemic preparedness in their schools. In particular, almost four in ten female educators were not comfortable, and 70 per cent of Canada's teachers are female. This finding may be explained partly by the fact that pregnant women were one of the identified at-risk groups, and that elementary teachers, where there is an even greater percentage of female teachers, were generally less comfortable than secondary teachers. Elementary teachers may feel that they work in a veritable petri dish of germs surrounded as they are by

préparation à une pandémie de grippe H1N1 à une réunion ordinaire du personnel, suivie de la formation après les heures de classe, mais seulement 47 p. 100 des éducateurs interrogés ont indiqué que leur école disposait d'un plan de communication pour informer les parents et les autres membres de la communauté scolaire en cas d'épidémie de grippe H1N1 à l'école.

Pour ce qui était considéré comme la question la plus importante du sondage, les deux tiers des éducateurs interrogés étaient à l'aise au sujet du niveau de préparation de leur école. On leur a demandé d'expliquer brièvement la raison pour laquelle ils étaient à l'aise ou non. Les réponses ont soulevé des questions intéressantes et des préoccupations, notamment une large gamme de perceptions à l'égard du niveau de préparation de l'école à une possible pandémie.

Plusieurs commentaires reflétant les sentiments qui se dégageaient des divers degrés d'aise exprimés par les éducatrices et éducateurs soulignaient la discordance entre l'élaboration d'une politique ou d'un plan relativement à une pandémie et la mise en œuvre du plan à l'école. Certains répondants ont souligné le rôle important que jouent les parents pour aider à contrôler la propagation de la maladie lorsqu'ils gardent leurs enfants malades à la maison. Parallèlement, il semblait y avoir une certaine sensibilisation aux difficultés avec lesquelles sont aux prises bon nombre de parents lorsqu'ils doivent s'occuper de leurs enfants malades à la maison.

Quelques réponses témoignaient du sentiment qu'avaient des enseignants d'être en première ligne d'une pandémie de grippe H1N1 sur le plan de l'exposition possible au virus dans le milieu scolaire et du sentiment de vulnérabilité qui en résulte.

Certains commentaires soulignaient l'impact qu'aurait une épidémie de grippe H1N1 sur les conditions de travail dans les salles de classe et les écoles, et sur les questions de santé et de sécurité en général. Certains répondants ont dit qu'ils jugeaient nécessaire de prendre certaines mesures et précautions pour protéger les enseignantes enceintes, car elles étaient considérées comme faisant partie des groupes à risque élevé.

L'un des points positifs du sondage est que deux enseignants sur trois ont indiqué qu'ils étaient « très à l'aise » ou « moyennement à l'aise » au sujet du niveau de préparation de leur école. Dans leurs commentaires, ils ont exprimé leur satisfaction en ce qui concerne les efforts de communication à l'égard du personnel et des parents, l'élaboration d'une politique et d'une stratégie, les plans de sensibilisation à l'hygiène dans les écoles et la distribution de documents imprimés et audiovisuels.

Ils ont néanmoins aussi exprimé des préoccupations. Un enseignant sur trois estimait que son école n'était pas bien préparée pour faire face à la pandémie. Près de quatre enseignantes sur dix, en particulier, s'en inquiétaient. Je souligne que 70 p. 100 de l'effectif enseignant du Canada est composé de femmes. Ce constat peut s'expliquer en partie par le fait que les femmes enceintes étaient au nombre des groupes dits à risque, et que l'effectif enseignant du niveau primaire, où le pourcentage de femmes est encore plus élevé, s'inquiétait généralement plus de cette question que les enseignants du secondaire. Les enseignants des écoles primaires, plus que ceux

young children, more so than secondary teachers. The degree to which teachers are aware of pandemic preparedness at a national level is also troubling.

We have recommendations to consider. Plans must be put in place to protect those most vulnerable, that is, pregnant teachers, in the case of H1N1. Consideration must be given to making teachers and students a priority group for receiving vaccination. Efforts to communicate with parents and the community at large must be enhanced. There must be support and coordination of effort from and between emergency measures service providers and schools. Finally, much more thought and planning must go into preparedness for schools if it is anticipated that in subsequent pandemics schools will remain open regardless of infection levels.

The responses to and outcomes from the H1N1 pandemic have taught us much. It is important that we apply what we have learned. Complacency is not an option. At CTF, we need a second survey of teachers now to determine how views have changed as a result of the H1N1 experience. We will be happy to share that information with the committee, should results be available before your work is completed.

The Chair: Thank you very much. We will now hear from the Federation of Canadian Municipalities.

[Translation]

Claude Dauphin, Third Vice-President, Federation of Canadian Municipalities: Mr. Chair, we are very pleased to be here this morning on behalf of the Federation of Canadian Municipalities, and in particular its President, Mr. Cunningham. As you pointed out, I am joined today by Mr. Alain Normand from Brampton, Ontario. He is an expert on this subject.

FCM's 1,900 members represent virtually 90 per cent of Canada's population living in large cities as well as in small urban communities. You yourself were formerly mayor of a large city.

One of the lessons we have learned is that to deal successfully with and be well prepared for a pandemic, all levels of government in Canada — federal, provincial, territorial and municipal — we must work together. For a number of years now, FCM has been stressing the message, when different issues arise, that the only way to meet challenges is for governments to be well prepared and to pool their resources.

We recognize that we have made considerable strides when it comes to pandemic preparedness. In fact, last year, we appeared before a House of Commons committee to discuss Canada's pandemic readiness.

du niveau secondaire, peuvent avoir l'impression de travailler dans un véritable nid à microbes, entourés comme ils le sont de jeunes enfants. Le degré de sensibilisation des enseignants aux mesures de préparation en cas de pandémie à l'échelon national est aussi inquiétant.

Voici nos recommandations. Il faut établir des plans pour protéger les plus vulnérables, c'est-à-dire les enseignantes enceintes, en cas de pandémie de grippe H1N1. Il faut envisager d'inscrire les enseignants et les étudiants sur la liste des groupes prioritaires pour l'administration du vaccin. Les modes de communication avec les parents et la collectivité dans son ensemble doivent être améliorés. Les services d'urgence et les écoles doivent être mieux appuyés et mieux coordonnés. Et enfin, il faut mieux penser et mieux planifier la préparation des écoles si on compte les garder ouvertes quand il y aura d'autres pandémies, quelle que soit leur ampleur.

Les mesures prises pour réagir à la pandémie de grippe H1N1 et les résultats obtenus nous ont appris beaucoup de choses qu'il importe de retenir. Nous ne pouvons nous permettre d'être désinvoltes. La FCE devra mener un deuxième sondage auprès des enseignants pour savoir si l'expérience de l'épidémie de grippe H1N1 a modifié les points de vue. Nous communiquerons volontiers les conclusions de ce sondage au comité, si toutefois elles sont tirées avant que vous ayez achevé votre étude.

Le président : Merci beaucoup. Nous donnons maintenant la parole au représentant de la Fédération canadienne des municipalités.

[Français]

Claude Dauphin, troisième vice-président, Fédération canadienne des municipalités : Monsieur le président, nous sommes très heureux d'être ici ce matin devant vous. Nous représentons la Fédération canadienne des municipalités, notamment son président, M. Cunningham. Comme vous l'avez dit, je suis accompagné de M. Alain Normand, spécialisé dans cette matière, et qui vient de la ville de Brampton, en Ontario.

La Fédération canadienne des municipalités compte environ 1 900 membres. Nous représentons l'équivalent de 90 p. 100 de la population canadienne autant dans les grandes municipalités, dont vous êtes un ancien maire, que les collectivités moins grandes, les plus petites municipalités.

Un des constats que nous faisons, c'est que pour avoir des chances de succès, pour être bien préparés en cas de pandémie, il faut que l'ensemble des gouvernements au Canada travaillent main dans la main, que ce soit aux niveaux fédéral, provincial, territorial et municipal. D'ailleurs, depuis plusieurs années, la Fédération canadienne des municipalités, dans plusieurs dossiers, revient toujours sur ce même message que selon nous, au Canada, la seule façon d'arriver à nos fins et d'être bien préparés, c'est que tous les gouvernements travaillent ensemble.

Nous sommes conscients que beaucoup de progrès ont été accomplis en matière de lutte contre les pandémies. Nous avons eu l'occasion, l'année dernière, de faire une présentation à la Chambre des communes sur la façon d'être bien préparés en cas de pandémie.

We told the House of Commons committee at the time that in order to keep key municipal services operating under the most difficult conditions, we were calling on the federal government to design and implement a national plan, with municipal input, to keep critical front-line workers safe and on the job.

Measures must be put in place to ensure the safety of critical front-line workers like firefighters and paramedics and to ensure that they are first in line to receive any anti-viral vaccines.

Included in this group are, of course, police officers, firefighters and wastewater workers. As the former head of the Société de transport de Montréal, I would like to cite Montreal as an example. Approximately 500,000 people use public transit daily. Transit operators come into contact daily with the public. Buses drop off riders at metro stations. Over 100 million people take either the bus or the metro every day. Transit operators must be protected and must be able to remain on the job in order to stop municipalities from erupting in chaos.

Are we prepared for a pandemic? Notwithstanding the strides that we have made, FCM believes that we are not yet ready for one. That is why we are here this morning to deliver two important messages. First, it is critically important that all levels of government work together. To that end, we need a national emergency measures plan that would kick in should a pandemic strike. Second, front-line workers must be able to do their job safely if we are to succeed in our mission.

[English]

About 270,000 front-line workers need safety and security, and more than 3,600 municipalities are involved.

[Translation]

I realize I do not have much time left, but I must emphasize that municipalities, territories, provinces and the federal government must all work together.

I would like to wrap up with our recommendations. Before the next pandemic hits, FCM is calling on the Government of Canada, firstly, to ensure that front-line workers across Canada have access to the equipment, training and vaccines they need in a timely fashion; secondly, to ensure that sufficient quantities of vaccines are available, if needed, for essential municipal workers; and finally, to provide the provinces, territories, municipalities and the general public with the details of this strategy.

Mr. Chair, that is the gist of our message to you this morning. First, we need a national plan. Second, everyone must work together. And finally, we must protect our workers who find themselves on the front line when a pandemic strikes.

Ce que nous avons indiqué à la Chambre des communes à ce moment-là, c'est qu'afin d'assurer la pérennité des principaux services municipaux, dans les circonstances les plus difficiles, nous avons demandé au gouvernement fédéral d'élaborer et d'appliquer, avec le concours des municipalités, un plan national garantissant que les travailleurs de première ligne essentiels soient en sécurité et puissent rester au travail.

Avec les représentants des pompiers et des paramédics on juge que pour ces travailleurs de première ligne essentiels, il faut des mesures pour garantir qu'ils soient en toute sécurité en leur fournissant des vaccins, tout ce qui est antiviral, en premier.

Donc, on parle bien sûr des policiers, des pompiers, des travailleurs qui travaillent avec les eaux usées. À titre d'ancien président de la Société de transport de Montréal, je vais prendre l'exemple de Montréal. Il y a environ 500 000 personnes qui prennent l'autobus chaque jour. Les chauffeurs sont en contact quotidien avec ces personnes. Notre système veut rabattre les autobus dans les stations de métro. On parle donc de plus d'un million de personnes à chaque jour, qui empruntent soit l'autobus ou le métro. Il faut que ces chauffeurs soient protégés et puissent accomplir leurs tâches pour éviter le chaos dans les municipalités.

Sommes-nous prêts en cas de pandémie? Nonobstant les progrès accomplis, nous prétendons que nous ne le sommes pas encore. C'est pourquoi nous sommes ici ce matin avec deux messages principaux. Le premier est qu'il faut que l'ensemble des gouvernements puissent travailler ensemble. Et pour ce faire, selon nous, il faut un plan national canadien en matière de mesures d'urgence, notamment en cas de pandémie. Deuxièmement, il faut que tous les travailleurs de première ligne soient, bien sûr, sécurisés afin de bien pouvoir accomplir notre mandat.

[Traduction]

Environ 270 000 travailleurs de première ligne ont besoin des mesures de protection et de sécurité, et cela touche plus de 3 600 municipalités.

[Français]

Je sais que le temps presse, mais je dois dire que les villes, territoires, provinces, le gouvernement fédéral doivent tous travailler ensemble.

Je terminerai avec les recommandations et conclusions. Avant la prochaine pandémie, la Fédération canadienne des municipalités demande au gouvernement du Canada, premièrement, de faire en sorte que les travailleurs de première ligne, partout au Canada, aient accès à l'équipement, à la formation et aux vaccins nécessaires en temps opportun; deuxièmement, de veiller à ce que suffisamment de vaccins soient disponibles, si nécessaire, pour les travailleurs municipaux essentiels; et, enfin, qu'on communique les détails de cette stratégie aux provinces, aux territoires, aux municipalités et au public canadien.

Monsieur le président, c'était l'essentiel de notre message ce matin : premièrement, un plan national; deuxièmement, tout le monde doit travailler ensemble; et finalement, protégeons nos travailleurs de première ligne qui sont au front en cas de pandémie.

[English]

Greg Furlong, Director, Paramedic Association of Canada: Good morning, honourable senators. I am a superintendent with the Ottawa Paramedic Service and current President of the Paramedic Association of Canada, but I am here today as a director with the Paramedic Association of Canada.

I thank the Senate committee members for giving the Paramedic Association of Canada and paramedics an opportunity to speak about Canada's pandemic preparedness as it relates to the paramedic profession. This is the first occasion that paramedics have been invited to speak at a Senate committee, and we are honoured to be involved in this important dialogue on pandemic planning.

We are here today to offer the service and assistance of paramedics to our communities across Canada. We recognize that a pandemic event requires the mobilization of all health care professionals and communities. We are here to help.

The Paramedic Association of Canada represents the 23,000 paramedics from across Canada, and advocates for enhancements in patient care and patient safety. The association owns and maintains the National Occupational Competency Profile, which defines the competencies that shape our professional practice within Canada. The competency profile is a reference tool for the education and training of paramedics. It outlines the treatment, intervention and care that we perform on a daily basis.

For many patients in Canada, paramedics act as the gateway and first point of contact into the labyrinth of our health care system. For example, 15 per cent of all patients received by hospital emergency departments in Ontario are transported by paramedics. We are entrenched in communities as part of the continuum of care within the health care system.

Paramedics are highly trained health care professionals working on ambulances, fixed-wing aircraft and helicopters. We also work as part of community health care teams and in settings throughout Canada. Our professional practice is flexible to the current demands of the health care system. We are part of the health care team.

Let me state a fact that is not well known. Paramedics have the knowledge, skill and ability to vaccinate Canadians. A look back at SARS in 2003, and more recently the H1N1 pandemic last year, revealed valuable lessons and highlighted successes. Paramedics are often an untapped resource in public safety and in emergency management for preparedness, mitigation, response and recovery during a pandemic.

[Traduction]

Greg Furlong, directeur, Association des paramédics du Canada : Bonjour, honorables sénateurs. Je suis surintendant au Service paramédic d'Ottawa et actuellement président de l'Association des paramédics du Canada, mais je suis ici aujourd'hui en qualité de directeur de l'Association des paramédics du Canada.

Je remercie les membres du comité sénatorial d'accorder à l'Association des paramédics du Canada et à ses membres l'occasion de discuter avec eux de l'état de préparation du Canada en cas de pandémie et du rôle des paramédics tout particulièrement. C'est la première fois que nous sommes invités à témoigner devant un comité sénatorial, et nous sommes honorés de pouvoir participer à cet important débat sur la planification en cas de pandémie.

Notre raison d'être est de fournir des services et un soutien à nos collectivités d'un océan à l'autre du pays. Nous savons qu'une pandémie nécessite la mobilisation de tous les professionnels de la santé et des collectivités. Nous sommes là pour aider.

L'Association des paramédics du Canada représente les 23 000 paramédics de tout le pays; elle fait campagne pour l'amélioration des soins aux patients et de leur sécurité. L'association tient à jour son propre profil national de compétence professionnelle, lequel définit les compétences qui façonnent notre pratique professionnelle au Canada. Le profil de compétence est un outil de référence pour l'éducation et la formation des paramédics. Il décrit les traitements et soins que nous prodiguons, ainsi que les interventions que nous menons au quotidien.

Pour bien des patients au Canada, les paramédics font figure de portail d'entrée dans le labyrinthe de notre système de soins de santé. Ainsi, 15 p. 100 des patients accueillis aux urgences des hôpitaux de l'Ontario y sont amenés par des paramédics. Nous faisons partie intégrante des collectivités dans le cadre du continuum de soins qu'offre le système de santé.

Les paramédics sont des professionnels de la santé qui ont une formation très poussée; ils travaillent dans les ambulances, les avions et les hélicoptères. Ils travaillent aussi avec des équipes de soins de santé communautaires dans toutes sortes de contextes, partout au Canada. Notre pratique professionnelle s'adapte aux besoins actuels du système de santé. Nous faisons partie de l'équipe de santé.

Je vais vous dire quelque chose que peu de gens savent. Les paramédics possèdent les connaissances et les compétences nécessaires pour vacciner les Canadiens et ils en ont la capacité. Un examen a posteriori de la crise du SRAS de 2003 et de la pandémie de grippe H1N1 de l'année dernière a permis de tirer des leçons précieuses et a fait ressortir des points positifs. Les paramédics sont souvent une ressource laissée pour compte dans les mesures de sécurité publique et de gestion des situations d'urgence prévues pour se préparer à réagir à une pandémie, pour réduire les dommages, pour lutter contre la pandémie et pour reprendre les activités normales après coup.

We can provide service in all these domains, as the competencies associated are captured within the National Occupational Competency Profile. I will speak briefly to a few of them. The first is preparedness.

Paramedics are educated annually on seasonal and pandemic influenza. In Canada, emergency medical services are operated in various forms; municipal and provincial to name but two. Unfortunately, paramedics are considered an unregulated health profession in all but three provinces. Involving paramedics in the early stages of pandemic planning would highlight our diverse skill set and abilities. While at the local level, pandemic plans often consider the valuable contribution of paramedics, the provincial and national plans and planning make sparse reference to our valuable service to Canadians.

The second is mitigation. During the H1N1 outbreak, paramedics were called upon by many public health organizations to provide a surge capacity for vaccination clinics. Paramedics already possessed the required competencies to work in this hectic and dynamic environment. We demonstrated our abilities, professionalism and knowledge while delivering the H1N1 vaccine to thousands of citizens in Ottawa and many other communities throughout Canada. We proved to public health agencies our ability to respond and provide a critical service to the community.

Finally, I will speak about response. SARS taught us the need for better infection control practices and personal protective equipment to help stop the spread of infection throughout communities. Since then, strict screening processes have been introduced for all patients who require in-facility transfer, and all 911 calls are screened over the phone for febrile respiratory illness. This screening allows paramedics to take the necessary precautions prior to making patient contact.

Improvements to infection protection and control guidelines have allowed paramedics to isolate a patient from the onset of a 911 call and alert the receiving hospital that patient isolation is required, thus minimizing the spread of infection.

In many regions in Canada, paramedics are often the first health care providers to see the effects of an outbreak and its impact on our communities. We need current and accurate

Nous pouvons fournir des services dans tous ces domaines, comme en attestent les compétences énoncées dans le profil national de compétence professionnelle. Je peux brièvement vous en décrire quelques-unes. Commençons par l'état de préparation.

Chaque année, les paramédics reçoivent l'information sur la grippe saisonnière et la pandémie. Le cadre des services médicaux d'urgence varie au Canada; ces services peuvent relever des autorités municipales ou provinciales, par exemple. Malheureusement, les paramédics sont considérés comme membres d'une profession de la santé non réglementée dans toutes les provinces sauf trois. Une participation des paramédics dès les premières étapes de la planification permettrait de montrer que ces gens possèdent des compétences et des capacités diverses. Bien qu'à l'échelon local, les plans d'intervention en cas de pandémie intègrent souvent le précieux concours des paramédics, les gouvernements national et provinciaux, dans leurs plans et leur planification, n'accordent que peu de place aux services très utiles que nous rendons aux Canadiens.

Vient ensuite l'atténuation des dommages. Durant la pandémie de grippe H1N1, de nombreux organismes de santé publique ont fait appel aux paramédics pour constituer l'effectif d'appoint des cliniques de vaccination. Les paramédics possèdent déjà les compétences requises pour travailler dans ce milieu intense et dynamique. Nous avons fait la preuve de nos capacités, de notre professionnalisme et de notre savoir-faire quand nous avons administré le vaccin contre la grippe H1N1 à des milliers de citoyens d'Ottawa et de bien d'autres collectivités du Canada. Nous avons prouvé aux organismes de santé publique notre capacité de réagir et de fournir un service essentiel à la communauté.

Je traiterai en dernier lieu de l'intervention. La crise du SRAS nous a fait prendre conscience de la nécessité d'instaurer de meilleures pratiques de contrôle des infections et de nous doter d'un meilleur équipement de protection individuelle pour freiner la propagation de l'infection dans les collectivités. Des procédures de dépistage strictes ont été adoptées depuis lors pour tous les patients qui doivent être transportés dans un établissement, et toutes les personnes pour qui un appel 911 est lancé font l'objet d'une première évaluation menée afin de déceler les signes d'un trouble respiratoire accompagné de fièvre. Ce dépistage permet aux paramédics de prendre les précautions nécessaires avant d'entrer en contact avec la personne malade.

Les améliorations apportées aux lignes directrices en matière de protection contre les infections et de contrôle des infections permettent désormais aux paramédics d'isoler un patient pour lequel un appel au 911 a été lancé aussitôt qu'ils arrivent sur les lieux et d'avertir l'hôpital d'accueil qu'il faut placer cette personne en isolement, réduisant ainsi au minimum le risque de propagation de l'infection.

Dans bien des régions du Canada, les paramédics sont souvent les premiers fournisseurs de soins de santé à constater les effets d'une poussée épidémique et ses répercussions sur nos

information on the influenza status so that paramedics can be protected and therefore can protect the public. We do not want to be a vector for influenza while providing care.

We highlight the need for greater interoperability and communication between decision makers; public health agencies, hospital and government officials and the care providers, namely physicians, nurses and paramedics. The information and data gathered by paramedic dispatch centres on call types and geographic locations could prove beneficial for the monitoring of patient volumes, as well as the spread of disease processes across communities.

In closing, paramedics are medical professionals with competencies that are highly adaptable to a variety of situations. We are here to provide service to the community, be it during a 911 call for help or in the community delivering vaccinations. We believe we are an integral part of the continuum in patient care. We are an integral part of the health care community and offer surge capacity in events similar to a pandemic.

On behalf of the Paramedic Association of Canada and the profession, I wish to thank you for this opportunity.

The Chair: Some of you have provided copies of your opening comments but not all of you have. If some of you want to provide copies that we would be happy to receive them.

My question will focus on the question of vaccinations. Chief Simonds, particularly, raised that question when he said that the Public Health Agency of Canada recognized that firefighters should be amongst those who, because of their work with safety and security, and as an essential service, should be vaccinated at an early stage but somehow that recognition broke down. He thought that maybe the municipalities and the public health authorities were unaware. Maybe he can expand on that point further — because, of course, there is the province in between — as to how this communication broke down and what he was doing about it to try to ensure that priority was recognized.

Let me also ask all the different organizations for quick responses as to how they see the vaccine prioritization list being worked on, and what their organization's position is on that list.

Mr. Simonds: In my comments I said that it was recognized at the outset that the fire service ought to be included in terms of that prioritization. However, a healthy degree of ambiguity existed across this country with respect to the interpretation of that recognition.

While I can speak of the New Brunswick experience where I work in a career department, our medical health officer was prepared to support the inoculation of personnel. Only to find out

collectivités. Nous avons besoin de renseignements précis et d'actualité sur les progrès de la grippe afin que les paramédics puissent en être protégés et, ainsi, protéger le public. Nous ne voudrions pas être un vecteur de la grippe tandis que nous prodiguons des soins.

Nous insistons sur la nécessité d'une plus grande interopérabilité et de meilleures communications entre les décideurs, les organismes de santé publique, les responsables des hôpitaux et du gouvernement ainsi que les fournisseurs de soins de santé, c'est-à-dire les médecins, les infirmiers et infirmières et les paramédics. Les renseignements et les données que rassemblent les centres de répartition des paramédics sur les types d'appels et leur emplacement géographique pourraient se révéler précieux pour le suivi des volumes de patients, et aussi des progrès de la maladie dans les collectivités.

Pour terminer, les paramédics sont des professionnels médicaux dont les compétences sont des plus adaptables à un éventail de situations. Notre vocation est de servir la communauté, que ce soit en réponse à un appel à l'aide sur la ligne 911 ou dans la collectivité, par l'administration de vaccins. Nous estimons faire partie intégrante du continuum des soins aux patients. Nous faisons partie intégrante de la communauté des soins de santé et nous pouvons tenir lieu d'effectif d'appoint pour faire face aux événements comme les pandémies.

Au nom de l'Association des paramédics du Canada et de la profession, je vous remercie de m'avoir offert cette occasion de témoigner devant vous.

Le président : Certains d'entre vous avez remis le texte de vos observations, mais pas tous. Si vous voulez le faire, nous l'accepterons avec plaisir.

J'ai une question au sujet des vaccins. C'est M. Simonds, en particulier, qui me l'a inspirée quand il a dit que l'Agence de santé publique du Canada avait décidé que les pompiers, en raison de leur rôle qui est d'assurer la protection et la sécurité, et puisqu'ils fournissent un service essentiel, devaient être parmi les premiers à recevoir le vaccin, mais cela ne s'est pas fait. Il pensait que les municipalités et les autorités sanitaires publiques n'avaient peut-être pas été mises au courant de cette décision. Peut-être pourrait-il expliquer — parce que, bien sûr, il y a le gouvernement provincial entre les uns et les autres — comment cette communication a pu être rompue, et les mesures qu'il a prises pour faire reconnaître cette priorité.

J'aimerais aussi que les autres organismes me disent rapidement comment selon eux la liste des priorités en matière de vaccination devrait être établie, et quel rang occuperait leur organisme dans cette liste.

M. Simonds : Je disais dans mes observations qu'il a été reconnu dès le début que les pompiers devraient figurer dans cette liste de priorité. L'interprétation de cette décision a cependant été plutôt ambiguë, d'un bout à l'autre du pays.

Je peux parler de l'expérience du Nouveau-Brunswick, où je travaille dans un service professionnel. Notre médecin hygiéniste était prêt à appuyer la vaccination du personnel, mais a constaté

there was inconsistency of messaging between his office and the office of the provincial authority. I know that situation was not an irregularity across the country and that it was happening throughout a number of jurisdictions. In terms of the cascading information that came from the federal government down through the provincial government and into the municipalities, along the way some of the clarity of that message was lost. As a result, we had a significant degree of ambiguity and information going back and forth.

For many of us in our local jurisdictions, we were literally driving and meeting with the members of the health agencies within our provincial jurisdiction to reiterate the importance of this inoculation, and in the fullness of time we were able, in many jurisdictions, to overcome it, but the time horizon from the time we were left out to the time we brought closure to it was too extensive.

When you speak about ways in which we could perhaps expedite the process — and I think my colleague, Superintendent Furlong, spoke about this issue — we have many talented individuals across the Paramedic Association of Canada and we have a resource there that absolutely could support us when we had that surge capacity issue and we needed it be more robust. In some jurisdictions across the country, in particular in those integrated fire and emergency medical services operations, we saw those clinics being established within the department so as to expedite the inoculations for emergency services personnel. However, as my colleague indicated, that process could be extended to the broader community as well.

Mr. Furlong: I will echo that comment. The majority of paramedic services across Canada receive their own shipments directly from public health because it falls within the scope of practice of a paramedic. Therefore, we inoculated each other. In some areas, that inoculation was then extended to the tri-services, so to police and fire, as they are often involved in tiered response, safety and security of the public.

Depending on how widely available the vaccine is and how the priority list is rolled out, it was seen in many places in Canada but availability becomes an issue in smaller communities.

The Chair: Are there any other comments on the prioritization list and how it should be designed?

Ms. Donnelly: We felt at the Canadian Teachers' Federation and our member organizations of course, that if schools were to be kept open, students and teachers should be a priority and the vaccine should have been given at the school to ensure that all our students and teachers receive that vaccine, especially if the schools were to be kept open. I venture to say that not all of our children have even yet received that vaccine.

The situation was inconsistent across the country. In some jurisdictions, it happened that students and teachers were a priority, but in most jurisdictions, they were included with the rest of the public. We felt that students and teachers should have been a priority.

que les messages échangés entre son bureau et le bureau de l'instance provinciale ne concordaient pas. Je sais que nous n'avons pas été les seuls dans cette situation, puisque plusieurs autres autorités publiques l'ont connue. L'information passant du gouvernement fédéral au gouvernement provincial et ensuite aux municipalités, le message est devenu obscur et considérablement ambigu.

Bon nombre d'entre nous, au niveau local, sommes allés rencontrer les responsables des organismes de santé de notre province pour leur faire comprendre l'importance de la vaccination, et avec le temps, nous sommes nombreux à avoir eu gain de cause, mais trop de temps s'était écoulé depuis le moment où nous avons été écartés.

Vous avez abordé la question des moyens que nous pourrions prendre pour accélérer peut-être le processus — et je pense que mon collègue, M. Furlong, en a parlé —, j'ajouterais que nous avons de nombreux gens de talent à l'Association des paramédics du Canada. Ils constituent une ressource qui aurait absolument pu nous appuyer quand est survenu ce problème de capacité, et le besoin d'un effectif d'appoint. Certaines administrations, en particulier celles dont les services des incendies et les services médicaux d'urgence sont intégrés, ont mis sur pied des cliniques dans ces services pour accélérer la vaccination de leur personnel. Comme l'a dit mon collègue, il serait possible d'en faire autant pour le grand public.

M. Furlong : Je me fais l'écho de ces propos. La majorité des services paramédicaux du Canada reçoivent leurs propres vaccins directement de l'organisme de santé publique parce que ces services s'inscrivent dans les fonctions d'un paramedic. Ainsi, nous avons pu nous administrer mutuellement le vaccin. Dans certaines régions, le rayon de vaccination a été élargi aux trois services, c'est-à-dire aussi aux policiers et aux pompiers, puisqu'ils participent souvent à des interventions concertées pour assurer la protection et la sécurité du public.

C'est ce qui s'est fait à bien des endroits au Canada, selon le degré de disponibilité du vaccin et la liste de priorité établie, mais l'accessibilité du vaccin pose un problème dans les plus petites collectivités.

Le président : Y a-t-il d'autres commentaires sur la liste de priorité et la façon de l'établir?

Mme Donnelly : La Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants ainsi que nos organisations membres, bien sûr, estiment que s'il fallait que les écoles restent ouvertes, les élèves et les enseignants devraient être prioritaires, et que le vaccin devrait être administré à l'école pour que tous les élèves et les enseignants le reçoivent. Je ne pense pas que nos enfants ont tous reçu ce vaccin.

La situation a été inégale dans tout le pays. Les élèves et les enseignants ont été déclarés prioritaires en certains endroits, mais, dans la plupart des cas, ils faisaient partie du reste du public. Or, nous estimons qu'ils devraient être prioritaires.

Mr. Dauphin: We are totally in agreement with paramedics, firefighters and teachers, but one important message we have this morning is to include all the others, such as bus drivers and public works. They are in contact daily.

The Chair: You will put everyone into the priority list at this rate.

Mr. Dauphin: We agree with the health workers, of course, and all the people with us today, but I think it is important for us, too.

Senator Ogilvie: I am delighted to see this group this morning. Well before we started to launch this study, most of us were aware of the critical role that you all play as the front line in our communities in these issues. You have articulated very well the significant aspects of your role. Mr. Dauphin, you succinctly outlined the principal issue, the need for organized cooperation from the federal, provincial and right down to the municipal and community level as being critical.

One thing that seems to be emerging is that the intent to do that has been there since SARS, in spite of our complex jurisdictional issues. Many issues that you have all identified this morning seemed to me to be relatively straightforward to implement within the existing framework. It is a question of setting up the system such that it responds. Whether the bus drivers are on the front line or not probably depends on the type of pandemic. In some cases, it should be obvious; in other cases, perhaps it is a different kind of thing.

I want to address a specific issue to Chief Simonds, partly because I live in rural Nova Scotia and I am enormously appreciative and deeply aware of the critical service that you and, of course, the paramedics association with you bring to our entire region. Most of you in the fire service throughout the region are volunteers. The services you provide not only ensure we have front-line providers of health but that we have things that we do not even think about, such as the ability to obtain insurance in parts of the country. I want to state unequivocally the awareness that I and, I am sure, my colleagues have, for your roles. It seems to me that attaching that kind of importance will ensure the kind of recommendations that all of you have made with regard to the need for the system that presumably is set up to be refined to the point where all these issues, having been decided that they should be implemented, in fact will be.

The school system is an issue that is critical again, like bus drivers, in the context of the type of pandemic. In certain cases, clearly schools will be kept open. In other circumstances, such as a 1918 flu epidemic, we know it would be the worst thing in the world to keep the schools open because that is where the disease spreads so rapidly. The issues you raise are critical, but it should be easy for us to recommend their awareness within the general framework that is there, and to implement solutions. It is only a comment.

M. Dauphin : Nous sommes tout à fait d'accord avec les paramédics, les pompiers et les enseignants, mais il nous semble important de dire ce matin qu'il faut y ajouter tous les autres, comme les chauffeurs d'autobus et les employés des travaux publics. Ils sont quotidiennement en contact.

Le président : À ce compte-là, tout le monde va être prioritaire.

M. Dauphin : Nous sommes d'accord avec les travailleurs de la santé, bien sûr, et avec tous ceux qui sont ici aujourd'hui, mais c'est important pour nous, aussi.

Le sénateur Ogilvie : Je suis ravi de tous vous voir, ce matin. Avant d'entamer cette étude, la plupart d'entre nous connaissions le rôle fondamental et de premier plan que vous jouez tous à cet égard dans nos collectivités. Vous avez très bien énoncé les aspects importants de votre rôle. Monsieur Dauphin, vous avez décrit avec concision l'enjeu principal, le caractère essentiel d'une collaboration suivie entre tous les intervenants, depuis les gouvernements fédéral et provinciaux jusqu'aux responsables municipaux et communautaires.

Ce qui me semble ressortir de tout cela, c'est que la volonté d'agir est là depuis la crise du SRAS, en dépit de la complexité des relations entre les autorités en cause. Bien des questions dont vous avez tous parlé ce matin me semblent relativement simples à régler dans le cadre actuel. Il s'agit seulement de mettre au point le système de manière à ce qu'il puisse réagir. Quant à savoir si les chauffeurs d'autobus sont sur la ligne de front, cela dépend probablement du type de pandémie. Dans certains cas, ce pourrait être l'évidence même, dans d'autres, ce serait tout à fait différent.

J'aimerais m'entretenir avec le chef Simonds d'un sujet particulier, en partie parce que je vis dans une région rurale de la Nouvelle-Écosse. Je connais très bien et j'apprécie énormément les services essentiels que vous et, bien entendu, l'Association des paramédics que vous représentez, fournissez à toute notre région. La plupart des membres du service d'incendie de la région sont des volontaires. Parce que vous offrez ces services, non seulement vous êtes pour nous les fournisseurs de soins de santé de première ligne, mais vous nous évitez d'avoir à nous préoccuper de certaines choses, comme de la possibilité de souscrire à une assurance dans certaines régions du pays. Je tiens à affirmer sans équivoque que je suis sensible, comme mes collègues certainement, à l'importance des rôles que vous remplissez. Il me semble que la reconnaissance de votre importance aidera à la mise en œuvre des recommandations que vous avez formulées sur les améliorations à apporter au système pour que tous les problèmes que vous avez signalés et sur lesquels nous nous serons entendus soient réglés pour de bon.

Le réseau scolaire est un autre élément critique, comme les chauffeurs d'autobus, selon le type de pandémie. Dans certains cas, il est clair que les écoles resteront ouvertes. Dans d'autres, comme une épidémie de grippe du genre de celle survenue en 1918, nous savons que la pire chose serait de garder les écoles ouvertes, parce la maladie peut s'y propager à toute vitesse. Les questions que vous avez soulevées sont fondamentales, mais il devrait nous être facile de recommander qu'il en soit tenu compte dans le cadre général, et l'adoption de solutions. Ce n'est qu'un commentaire.

The Chair: Are there any quick responses to the comment or can I go on?

Mr. Dauphin: They are good comments.

Senator Callbeck: Thank you all for coming this morning. I, too, agree that it is important to have the front-line workers present because you are where the action is and where it is taking place.

Mr. Simonds, you say that the *Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health Sector* identified firefighters as a priority, and that priority designation was ignored. Was that the case across Canada or only in certain provinces and cities?

Mr. Simonds: When we completed our analysis, we found that situation occurred in over 50 per cent of the cases. In some instances, I would not suggest it was outright ignored, but there was ambiguity and misunderstanding. In light of that situation, many decisions were left up to interpretation. As a result, without having been more emphatic, or without having some type of audit process or some means in which the federal government could ensure that the intent of the plan was being fulfilled, those measures perhaps could have ensured that the intent had been achieved.

Senator Callbeck: The Federation of Canadian Municipalities is asking the minister for a national plan or for guidelines. If that plan had been in place, do you feel that this problem would have existed? Would it have made a difference?

Mr. Dauphin: In our case, yes, it would have. I know Mr. Normand had the experience in the field, but we were discussing this morning that in the province of Quebec, for example, the provincial workers were much involved in terms of the vaccination. In Ontario, it was totally different. The municipalities were much more involved. I think we should have a national plan. Even if we have our own provincial jurisdiction, in a matter such as we are discussing today we need a national plan. There are no borders in the case of a pandemic; it is international. At least, if we have national guidelines, in our opinion, it will help in a situation like a pandemic. It is a must. We should have a national plan.

The Chair: May I add that if the other people at the table who are not the initial presenters want to say something, they can also be part of the dialogue.

Ms. Donnelly: I agree with those comments. In the schools, there was a lot of inconsistency, not only across the country but within provinces, because it was up to the boards to look after the communication plans. That responsibility was put upon the schools as well to communicate with their parents. We would hear different things from different boards within a province or territory, as well as across the country. That inconsistency created much confusion and angst. Some were doing it this way and others were doing it that way; what was the best way?

I think that the comfort level with people is important. If there was a national plan where everyone was on the same page, it would give them more of a comfort level.

Le président : Y a-t-il des réponses, rapidement, à ces observations, ou puis-je poursuivre?

M. Dauphin : C'étaient de bonnes observations.

Le sénateur Callbeck : Merci à tous d'être ici ce matin. Moi aussi, j'estime important d'avoir ici des travailleurs de première ligne, parce que vous êtes au cœur de l'action.

Monsieur Simonds, vous dites que dans le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*, les pompiers sont prioritaires, mais qu'il n'en a pas été tenu compte. Est-ce qu'il en a été ainsi dans tout le Canada, ou seulement dans certaines provinces et villes?

M. Simonds : En faisant notre analyse, nous avons constaté que c'était arrivé dans plus de 50 p. 100 des cas. Dans certains, je ne dirais pas qu'on n'en a pas tenu compte du tout, mais la directive était ambiguë et mal comprise, et bien des décisions dépendaient de l'interprétation qui en était faite. Donc si ces mesures avaient été plus fermes, ou s'il y avait eu une espèce de processus de vérification ou un moyen par lequel le gouvernement fédéral aurait pu s'assurer que l'objectif du plan était atteint, elles auraient pu avoir l'effet voulu.

Le sénateur Callbeck : La Fédération canadienne des municipalités demande un plan ou des lignes directrices nationales au ministre. D'après vous, la mise en place de ce plan aurait-elle prévenu le problème? Aurait-elle changé quelque chose?

M. Dauphin : Dans notre cas, oui. Je sais que M. Normand l'a vécu sur le terrain. Cependant, ce matin, nous discutons du fait que, au Québec, par exemple, le programme de vaccination a mobilisé beaucoup d'intervenants provinciaux. En Ontario, c'était tout à fait différent. La mobilisation des municipalités était beaucoup plus grande. D'après moi, un plan national s'impose, dans un cas comme celui dont nous discutons aujourd'hui, même s'il s'agit d'un domaine de compétence provinciale. Internationale par définition, la pandémie fait fi des frontières. D'après nous, des lignes directrices nationales seront du moins utiles dans une situation telle qu'une pandémie. C'est quelque chose d'indispensable. Nous devrions avoir un plan national.

Le président : Permettez-moi d'ajouter que les autres personnes présentes, qui prennent place à la table et qui n'ont pas fait de déclaration préliminaire, peuvent également participer au dialogue, si elles le désirent.

Mme Donnelly : Je suis d'accord avec ces observations. Dans les écoles, il y avait beaucoup d'incohérences, non seulement d'un bout à l'autre du pays, mais, également, dans chaque province, parce que les plans de communication relevaient des commissions scolaires. On a chargé les écoles de cette responsabilité ainsi que de celle de communiquer avec les parents de leurs élèves. Entre les diverses commissions scolaires d'une province ou d'un territoire, de même que d'un bout à l'autre du pays, c'était la cacophonie. Elle a créé beaucoup de confusion et d'angoisse. Certaines employaient telle méthode; d'autres, telle autre; quelle était la meilleure?

Je pense qu'il est important de rassurer les gens pour qu'ils se sentent à l'aise. Un plan national qui mettrait tout le monde sur la même longueur d'onde serait rassurant.

Senator Callbeck: You want a national plan for the schools as well?

Ms. Donnelly: Yes, we support a national plan; how to roll out the preparedness in terms of how everyone can be prepared and in terms of the vaccination as well. That plan would provide that comfort level. When the plan reaches down to the board and school level, perhaps it has to be tweaked to the community, but if there was the basis of the plan in place, that basis would provide the comfort. As I said, then we would all be on the same page.

Senator Callbeck: Where did you receive your information?

Ms. Donnelly: We received our information from our member organizations. We have 16 member organizations representing the provinces and territories across the country. They receive their information from their teachers within their schools. Our members are involved, of course. We receive our information directly from our teachers as well. We surveyed the teachers so we received a lot of the information there, and they are directly involved in that survey.

Senator Callbeck: You played a part in advising the schools, did you not, and the school boards?

Ms. Donnelly: We did not advise the school boards. We do not represent the school boards. We represent the teacher organizations. We put together recommendations for our teacher organizations. All the teacher organizations, I might add, also provided information to the teachers in their schools. The boards provided information as well.

Senator Cordy: Your comments on the need for vaccination and preparedness for front-line workers are extremely valid. I am sure, Chief Simonds, you were frustrated when you saw what you referred to as the high-profile queue-jumping. I know in Nova Scotia the sports teams would be frustrating for front-line workers such as yourselves.

As a teacher, I have to ask Ms. Donnelly the first question: Once a teacher, always a teacher. You comment that elementary teachers feel they are in a petri dish. I used to be an elementary school teacher, and indeed that is exactly true, with coughing and sneezing, and not necessarily in their sleeve, as we were taught to do.

One of the things you talked about was the role of the parents. For the schools to be open, schools need full cooperation. That is, parents should not send their sick children to school. In theory, which sounds absolutely wonderful, that should not happen. However, the reality is that times have changed from 30 years ago when, in 99 per cent of the cases, a parent would be at home. That is no longer the case. In fact, that is a rarity. It was a rarity 10 years ago when I was in the classroom and it continues to be a rarity.

In every elementary school that I taught in, there was no place in the school for a sick child. They would end up sitting in the principal's office or outside the principal's office and waiting until someone came to pick them up. Is there a plan by municipalities as to what to do with sick children in a pandemic? We were lucky

Le sénateur Callbeck : Vous préconisez un plan national pour les écoles également?

Mme Donnelly : Oui, nous appuyons l'idée d'un plan national; comment préparer chacun à jouer son rôle, y compris dans le programme de vaccination. Ce plan procurerait ce genre de réconfort. Au niveau de la commission scolaire et de l'école, peut-être faut-il l'adapter à la collectivité, mais si ses grandes lignes étaient en place, ce serait réconfortant. Comme je l'ai dit, nous serions tous sur la même longueur d'onde.

Le sénateur Callbeck : Qui vous a tenus informés?

Mme Donnelly : Nos organismes membres nous ont informés. Notre organisation en compte 16 qui représentent les territoires et les provinces. À leur tour, ils sont informés par les enseignants de leurs écoles. Bien sûr, nos membres y mettent du leur. Nos enseignants également nous informent directement. Nous les avons sondés, ce qui nous a permis de recevoir beaucoup de renseignements, et ils sont directement engagés dans ce sondage.

Le sénateur Callbeck : Vous avez joué un rôle de conseiller auprès des écoles, n'est-ce pas, et des commissions scolaires?

Mme Donnelly : Nous n'avons pas conseillé les commissions scolaires. Nous ne les représentons pas. Nous représentons les organismes d'enseignants. Nous rédigeons des recommandations pour eux. Tous ces organismes, faut-il le préciser, ont également renseigné les enseignants dans leurs écoles. Les commissions scolaires ont également fourni de l'information.

Le sénateur Cordy : Vos observations sur la nécessité de la vaccination et celle de préparer les intervenants de première ligne sont extrêmement pertinentes. Je suis convaincue, monsieur Simonds, que la vue de toutes ces personnes qui ont essayé de couper dans les files d'attente, ce qui a été très médiatisé, vous a irrité. Je sais que, en Nouvelle-Écosse, les équipes sportives ont soulevé ce genre d'émotion chez les intervenants de première ligne tels que vous.

En ma qualité d'ex-enseignante, je dois poser la première question à Mme Donnelly : on est enseignante pour la vie. Vous avez dit que les enseignants d'écoles primaires ont l'impression de vivre dans une boîte de Petri. J'ai été enseignante au primaire, et, en effet, vous avez parfaitement raison, à cause de tous les tousseurs et renifleurs qui n'utilisent pas nécessairement le creux de leur coude, comme on nous l'a enseigné à faire.

Vous avez notamment parlé du rôle des parents. Pour ouvrir, les écoles ont besoin de leur entière collaboration. C'est-à-dire que les parents ne devraient pas envoyer leurs enfants malades à l'école. En théorie, cela semble parfait, cela ne devrait pas se produire. Cependant, dans les faits, nous ne vivons plus comme il y a 30 ans, lorsque, dans 99 p. 100 des familles, un parent restait à la maison. Ce n'est plus vrai. En fait, c'est très rare. Ce l'était déjà, il y a 10 ans, quand j'enseignais, et les choses n'ont pas changé.

Dans toutes les écoles primaires où j'ai enseigné, il n'y avait pas de place pour les élèves malades. Ils aboutissaient chez le principal ou à l'entrée de son bureau et ils attendaient que quelqu'un vienne les chercher. Les municipalités ont-elles prévu quelque chose pour les élèves victimes de la pandémie? La chance nous a souri, car la

with this pandemic; it was not as bad as it could have been, or as bad as perhaps the next one will be. Are teachers part of the planning process for pandemics within the region including such things as what to do with sick children when schools are open? Theory is one thing, the practicalities are quite another.

Ms. Donnelly: Thank you for the question. You are absolutely right; we continue to send our sick children to school. We understand that we cannot keep them home for every little sniffle but, when something like this pandemic is happening and it is a nation-wide phenomenon, we need to educate the parents and say, they must have a plan in place to keep their child home. Something as serious as this virus spreads continually, and that is how it spreads. We must do a better job of educating our parents as to the seriousness of a pandemic. It is not only a little sniffle; it is something bigger.

To your question of are there places in the schools, sometimes there are. Once again, that situation is inconsistent from school to school, board to board and province to territory. Some schools will have the space for a sick room where the student can go, but if there are a whole lot of sick children there, then they are running a health centre. That is not the job of schools. It becomes difficult because the personnel are not there to oversee all those sick children.

Are we part of that plan? We are part of the plan within our school boards or within our own schools. We are not part of a greater plan. I think that plan is, perhaps, what Mr. Dauphin was talking about when he said that there needs to be that consistency and communication among the different levels.

We would be absolutely thrilled and happy to work with municipalities in terms of putting together a plan for the situation you describe. Right now, we are not part of the plan. Right now, every school does not have a place where sick children can go. We do not have the personnel to oversee those sick children there.

Senator Cordy: Mr. Furlong, I did not know paramedics could give vaccinations, so thank you for that information today. You said that the paramedics in Ottawa were part of the vaccine distribution program. Was that the case across the country?

Mr. Furlong: It occurred in various jurisdictions across Canada. Ottawa forged the way forward with that plan when we saw public health clinics in this region becoming overwhelmed with the vaccination program.

We inoculate each other annually, whether it is for seasonal influenza or pandemic influenza. The Public Health Agency called and said, we need help; can you handle this? We said yes and off we went.

dernière pandémie n'a pas été aussi mauvaise qu'elle aurait pu ni aussi mauvaise que, peut-être, la prochaine. Les enseignants participent-ils au processus de planification régionale en cas de pandémie, notamment pour la conduite à tenir à l'égard des élèves malades, lorsque les écoles sont ouvertes? La théorie, c'est une chose; la pratique est tout autre.

Mme Donnelly : Merci pour votre question. Vous avez absolument raison; on continue d'envoyer des enfants malades à l'école. Bien entendu, on ne peut pas les garder à la maison à chaque petit rhume, mais quand la pandémie frappe, elle touche tout le pays, et nous devons sensibiliser les parents pour les inciter à avoir un plan pour garder leurs enfants malades à la maison. Ce virus dangereux se propage continuellement et de cette manière. Nous devons mieux sensibiliser nos parents à la gravité de la pandémie. C'est beaucoup plus qu'un simple petit rhume.

Pour répondre à votre question, à savoir si on a prévu des endroits pour accueillir les élèves malades dans les écoles, cela arrive parfois. Encore une fois, la situation varie d'une école à l'autre, d'une commission scolaire à l'autre et d'une province ou territoire à l'autre. Dans certaines écoles, un local peut accueillir des élèves malades, mais si leur nombre s'élève, cela devient un centre de santé. Cela ne fait pas partie de leurs attributions. La tâche devient difficile, parce que le rôle du personnel n'est pas de surveiller tous ces enfants malades.

Faisons-nous partie de ce plan? Nous en faisons partie à l'échelle de nos commissions scolaires ou à celle de nos propres écoles. Nous ne faisons pas partie d'un plan à plus grande échelle. Je pense que ce plan est peut-être celui dont M. Dauphin parlait quand il a réclamé la cohérence et la communication entre les différents niveaux.

Nous serions absolument ravis et heureux de collaborer avec les municipalités à l'élaboration d'un plan visant la situation que vous décrivez. Actuellement, ce n'est pas le cas, et les écoles n'ont pas toutes un endroit pour accueillir les élèves malades ni le personnel pour surveiller ces enfants.

Le sénateur Cordy : Monsieur Furlong, je ne savais pas que les ambulanciers paramédicaux pouvaient administrer des vaccins. Je vous remercie de me l'avoir appris. Vous avez dit que, à Ottawa, ils participaient au programme de distribution de vaccins. Jouaient-ils ce rôle à la grandeur du pays?

M. Furlong : Tout dépendait de la province ou du territoire. Ottawa a facilité l'éclosion de ce programme, quand nous avons constaté que les centres de dépistage de la région étaient débordés par le programme de vaccination.

Nous nous vaccinons mutuellement chaque année, contre la grippe saisonnière ou la grippe pandémique. L'Agence de la santé publique du Canada a réclamé notre aide et nous a demandé si nous pouvions nous occuper de cela? C'est ainsi que les choses ont commencé.

That was the reaction we heard at the public health clinics, namely, “We did not realize paramedics did this.” The challenge is the lack of regulation for paramedics to step in. We heard that challenge from the first panel as well.

Senator Martin: My question builds on Senator Cordy’s question. First, thank you very much for the work that you do, and for the level of trust the public has in you. We appreciate all your associations and members.

My question is about what you said in your presentation, Mr. Furlong, about being underutilized, about the surge capacity and about whether we are optimizing the resources that we have and how best to do that. In some respects, you have already answered and addressed that question. For any of your associations represented today, how can we utilize the existing resources better? What needs to happen? Are we taking those steps already? Surge capacity was raised in the previous panel. How can we strengthen that capacity, and what measures might we think about taking in preparation for the next pandemic? I open up that question to all of you.

Mr. Furlong: From a paramedic perspective, it is a change in the rapid growth within the profession and the skill set. We went from driving someone to a hospital 15 years ago to undergoing three years of education and a dynamic skill set that is portable and can be taken with us. With that kind of rapid change in a short period of time, it takes a long time for the public to become educated as to what that profession entails. That is probably why you see some of the catch-up taking place now, where people say, “They do have a unique skill set. They do have a defined scope of practice and a specific competency set that we can utilize.”

That skill set has never been requested before. At the municipal level, we are seeing it in the involvement with public health because at that point, the working group is small. As we go to a provincial and a national level, the group is bigger and our involvement falls by the sidelines. The biggest adjunct is probably in that surge capacity role because at the same time, we are cognizant of the daily 911 calls. No matter what happens, whether there is a national disaster or a pandemic, someone will still have a heart attack and a baby will still be born. Those things will happen on a daily basis. We need to mitigate that need as well as still provide the surge capacity.

Mr. Dauphin: As we have said, it is complex but we need a system. My province is jealous about their jurisdiction. However, as a former Member of the National Assembly of Québec, I think in a case like emergency preparedness we could ask the federal government to play the role of preparing the national plan. After that, we can all work together. As a great country, I think we can do it.

Dans les centres de dépistage, les gens étaient étonnés. Ils ignoraient que nous pouvions nous occuper de cela. Le problème est l’absence de règlement régissant l’intervention des ambulanciers paramédicaux. Nous avons entendu également le premier groupe de témoins évoquer cette difficulté.

Le sénateur Martin : Ma question découle de celle du sénateur Cordy. Merci beaucoup, d’abord, pour votre travail et pour le degré de confiance que le public a en vous. Nous sommes reconnaissants à toutes vos associations et à tous vos membres.

Ma question porte, monsieur Furlong, sur votre exposé, c’est-à-dire sur vos propos concernant votre sous-utilisation, la capacité de pointe, l’éventuelle optimisation des ressources dont nous disposons et la meilleure façon de les optimiser. À certains égards, vous avez déjà répondu à la question. En ce qui concerne les associations représentées ici, aujourd’hui, comment pouvons-nous mieux utiliser les ressources actuelles? Que faut-il faire à cette fin? Prenons-nous déjà les mesures en ce sens? La question de la capacité de pointe a été soulevée dans le groupe précédent de témoins. Comment pouvons-nous renforcer cette capacité et à quelles mesures pourrions-nous penser, dans les préparatifs à faire en vue de la prochaine pandémie? Cette question s’adresse à tout le monde.

M. Furlong : Du point de vue de l’ambulancier paramédical, cela représente un changement dans les compétences qu’on exige de lui et dans l’évolution rapide de la profession. Il y a 15 ans, nous sommes passés d’un rôle qui consistait à conduire les patients à l’hôpital à une profession qui exige trois années d’instruction et un ensemble dynamique de compétences que nous pouvons nous approprier et dont nous pouvons nous servir ailleurs. Cette évolution rapide, survenue en si peu de temps, a pris le public de court. Il ne connaît pas encore toutes les nouvelles facettes de la profession. C’est ce qui explique probablement le rattrapage actuel dans les mentalités. On reconnaît désormais le champ défini de notre activité, les compétences particulières que nous pouvons utiliser.

Jamais auparavant, on n’avait réclamé ces compétences. À l’échelon municipal, on le constate à la faveur de notre apport à la santé publique, parce que, à ce niveau, le groupe de travail est petit. En passant à l’échelon provincial puis national, il devient plus nombreux, et notre participation se situe davantage en retrait. La principale addition à notre tâche concerne probablement la capacité de pointe, parce que, en même temps, nous sommes au courant des appels journaliers acheminés au numéro 911. Peu importe la situation, qu’on soit au milieu d’une catastrophe nationale ou d’une pandémie, il y aura, tous les jours, des crises cardiaques et des naissances. Nous devons répondre à ces besoins en même temps que nous devons assurer la capacité de pointe.

M. Dauphin : Comme je l’ai dit, la question est complexe, mais nous avons besoin d’un système. Ma province est jalouse de ses compétences. Cependant, en tant qu’ex-député à l’Assemblée nationale du Québec, je pense que, dans une situation comme la protection civile, nous pourrions demander au gouvernement fédéral de préparer le plan national. À partir de là, nous pourrions tous travailler ensemble. Nous sommes un grand pays. C’est pourquoi je pense que nous pouvons y parvenir.

Alain Normand, Member, Pandemic Preparedness Working Group, Federation of Canadian Municipalities: The question of the system is important. There is a great willingness to address the surge needs. A lot of groups out there are willing to provide support and help. One group with the same kind of idea is the Canadian Blood Services. Possibly, they could be brought in to give vaccinations as well. The system is not there to enable this kind of thing on a national basis. It will work in one jurisdiction and may not work in another. There are a lot of retired nurses, doctors and paramedics that could be called back, but we have no system to communicate with them. The municipalities are not equipped to provide that communication, particularly the smaller municipalities. The larger ones may have a system, but we need something at a national level. We need the guidance and leadership on that aspect.

Ms. Donnelly: I want to paint a picture of the school systems, and to recognize the importance of a real plan if we are to keep our schools open.

Our classes have changed over the last 30 years. I know you are all aware of that, but one in five of our students have some sort of special need. Some of these special needs are high special needs that require medical attention. We have teachers' aides with a number of our students. When they become sick, we do not have the personnel who are qualified to be with these students.

In one board, the communication was out there that the schools were remaining open. Even if the teachers' aides are sick and not replaced, those students will go to school. It was left upon the school personnel to be with that student, and to provide the necessary care for that student. Teachers were uncomfortable with that role because they are not trained to provide that care. It is difficult to obtain a substitute teacher's aide or a substitute teacher to provide that care. Those are some of the things that we need to be aware of as well.

Senator Martin: I was a secondary teacher myself and once was in a situation where I to deal with a high-risk diabetes student. It was an urgent matter, and I had not been fully trained. Fortunately it was okay, but it could have been a dire situation.

I was thinking that schools have a captive audience, including parents who are interested, and schools play the role of disseminating key information. Teachers wear many hats, so thank you for the work you do.

The Chair: One quick question from Senator Callbeck to wrap things up.

Senator Callbeck: I want to come back to this national plan that has been mentioned many times this morning. Many of you have spoken in support of why we need it. It makes a lot of sense to me.

The Federation of Canadian Municipalities wrote to the Minister of Health back in July 2009. Have you had any response to that letter, or have you had a meeting with the minister? Where is the department coming from?

Alain Normand, membre, Groupe de travail sur la pandémie, Fédération canadienne des municipalités : Le système est une question importante. On tient beaucoup à répondre aux besoins en cas de brusque accroissement de la demande. Beaucoup de groupes sont prêts à fournir soutien et aide. La Société canadienne du sang partage à peu près ces idées. On pourrait faire appel à elle pour administrer les vaccins également. Le système ne vise pas à faciliter ce genre de choses à l'échelle nationale. Il fonctionnera dans une province ou territoire et peut-être pas dans un autre. On pourrait rappeler beaucoup d'infirmières, de médecins et d'ambulanciers paramédicaux à la retraite, mais aucun système ne nous permet de communiquer avec eux. Les municipalités, les petites notamment, ne sont pas équipées pour le faire. Les grandes peuvent posséder un système, mais nous avons besoin d'un système national. Nous avons besoin d'orientations et d'une direction à ce point de vue.

Mme Donnelly : Je tiens à brosser un tableau des systèmes scolaires et à reconnaître l'importance d'un véritable plan, si nous voulons garder ouvertes nos écoles.

Nos classes ont changé au cours des 30 dernières années. Je sais que vous en êtes tous conscients, mais un élève sur cinq manifeste un besoin particulier. Certains de ces besoins sont des cas lourds, qui exigent une assistance médicale. On confie un certain nombre de nos élèves à des aides-enseignants. Quand ces aides tombent malades, nous n'avons pas le personnel compétent pour garder ces élèves.

Une commission scolaire avait annoncé que les écoles restaient ouvertes. Même si les aides-enseignants étaient malades et n'étaient pas remplacés, les élèves devaient rentrer. Au personnel de l'école de les accompagner et de leur prodiguer les soins nécessaires. Les enseignants étaient mal à l'aise, parce qu'ils ne sont pas formés à cela. Il est difficile de trouver un aide-enseignant ou un enseignant suppléant qui donnera ces soins. Ce sont des choses auxquelles nous devons également être sensibilisés.

Le sénateur Martin : J'ai moi-même enseigné au secondaire et j'ai dû, une fois, m'occuper d'un élève diabétique qui présentait un risque élevé. C'était une situation d'urgence à laquelle je n'avais pas été parfaitement formée. Heureusement, tout s'est bien terminé, mais la situation aurait pu être désespérée.

Si on y pense, les écoles ont un auditoire captif, y compris les parents intéressés, et elles diffusent de l'information essentielle. Les enseignants portent de nombreuses casquettes. Merci donc pour le travail que vous faites.

Le président : Une petite question, la dernière, du sénateur Callbeck.

Le sénateur Callbeck : Je tiens à revenir au plan national, dont il a été question de nombreuses fois ce matin. Beaucoup parmi vous ont expliqué pourquoi nous en avons besoin. Cela me semble très logique.

La Fédération canadienne des municipalités a écrit au ministre de la Santé, en juillet 2009. Vous a-t-il répondu ou vous a-t-il rencontrés? En quoi sa position a-t-elle évolué?

Mr. Dauphin: We discussed that this morning. We had a great response from the minister as well as from Dr. Butler-Jones. We are exchanging regularly with them and it is positive, but at the same time, we are still pleading this morning for a national plan. I do not think they are against that.

Mr. Normand: The problem is on the implementation. There is a willingness to work, and we are sitting at the table and having discussions, but when it comes to the implementation, we saw that the H1N1 did not translate into actual actions. The recommendations we made were not directly followed.

On the communication, some newspapers had advertisements about the pandemic, and the federal government gave general guidelines about who should get the vaccine. There were provincial guidelines about where to get it and who is authorized to give it, and then there were the municipal guidelines that said where to go to get the vaccines. Why could we not get some consortium to work so that we would have one message so the public knows? It was confusing sometimes. That is why we need to sit down and do more than discuss. We need to be ready to implement together.

Ms. Donnelly: That readiness is important. We conducted our poll of our teachers in late October. If we had waited two weeks, we feel that we would have gotten different responses about their comfort level in preparedness for it because a lot happened last fall. Teachers were dying, actually. A number of pregnant teachers across the country died, and there was a real concern there.

When Dr. David Butler-Jones made it to the media and really took over the whole thing, it brought a real comfort level. Every time something came out from his office and under his name, it came to the schools. The boards were getting that information out to the schools, and it brought a calm to the situation, and people felt a lot better about it.

That brings me back to the national plan. Here was this national doctor who was in charge of this whole thing, and people felt comfortable because someone was in charge of that. If there is a national plan, people will feel that we are all in this together; it will give us a much better comfort level. With that comfort level comes confidence in carrying out your plan.

The Chair: On that note, we will bring this part of the meeting to a conclusion. This is our second panel. Thank you all very much for being part of helping to reflect on what happens on the ground in our cities and towns and rural areas right across the country.

We will begin our final panel for today on pandemic preparedness looking at the local level. The last panel dealt with first responders, and now we are dealing with the private sector's involvement in all of this.

M. Dauphin : Nous en avons discuté ce matin. La réaction du ministre ainsi que de M. Butler-Jones a été très encourageante. Nous avons des échanges réguliers et fructueux avec eux, mais, dans le même temps, nous réclamons encore, comme ce matin, un plan national. Je ne pense pas qu'ils soient contre.

M. Normand : Le problème réside dans la mise en œuvre. La volonté de collaborer existe, nous discutons entre nous, mais, au moment de passer à l'acte, nous constatons que le virus H1N1 n'a rien amené de concret. Les recommandations que nous avons faites n'ont pas eu directement de suite.

Sur la question de la communication, des journaux ont publié des annonces sur la pandémie, et le gouvernement fédéral a donné des lignes directrices générales sur les personnes qui devaient se faire vacciner. Les provinces ont publié des lignes directrices sur les endroits où on pouvait se faire vacciner et sur les intervenants qui étaient autorisés à administrer les vaccins. Ensuite, il y avait des lignes directrices municipales, qui renseignaient sur les endroits où on pouvait obtenir les vaccins. Pourquoi ne pourrions-nous pas mettre sur pied un genre de collectif, que l'on mettrait au travail pour obtenir un message qui informerait le public? Parfois, c'était la confusion. C'est pourquoi nous devons ne pas nous arrêter aux discussions. Nous devons être prêts à passer ensemble à l'action.

Mme Donnelly : Cet état de préparation est important. Nous avons sondé nos enseignants en octobre dernier. Si nous avions attendu deux semaines, nous pensons que nous aurions obtenu des réponses différentes sur le degré avec lequel cet état de préparation les rassurait, parce que l'automne dernier a été fertile en événements. En fait, des enseignants mouraient. Un certain nombre d'enseignantes enceintes sont mortes, un peu partout au pays, ce qui a vraiment soulevé des inquiétudes.

Quand le Dr David Butler-Jones s'est vraiment chargé de toute la direction des opérations, avec le concours des médias, il a vraiment rassuré les gens. Chaque communiqué émanant de son bureau et signé par lui parvenait aux écoles. Les commissions scolaires diffusaient cette information aux écoles, ce qui a calmé la situation et énormément soulagé les gens.

Cela me ramène au plan national. Voilà qu'il y avait ce médecin, dont l'autorité avait une envergure nationale, qui dirigeait toutes les opérations, ce qui rassurait les gens. Si un plan national existait, les gens auraient l'impression que nous sommes tous dans le coup, ensemble; ils en retireraient un plus grand réconfort. Ce réconfort donne confiance dans la réalisation de ce plan.

Le président : C'est sur cette note que nous allons terminer cette portion de notre séance. C'était notre deuxième groupe de témoins. Merci à vous tous de nous avoir éclairés dans notre réflexion sur la manière dont les choses se sont déroulées dans nos villes et dans nos campagnes.

Nous accueillons maintenant notre dernier groupe de témoins pour traiter de l'état de préparation en cas de pandémie à l'échelon local. Le groupe précédent représentait les premiers intervenants et nous allons maintenant nous pencher sur le rôle joué par le secteur privé.

We have four panellists. John Neily is Director of National Security and Public Safety with The Conference Board of Canada. He is a recently retired executive leader with the RCMP with extensive experience in strategic policy development as it relates to national security and public safety.

Suzanne Kiraly is Executive Vice-President of Government Relations for the Canadian Standards Association. She has more than 23 years of in-depth business knowledge combined with extensive management experience across CSA Group's business divisions.

From Ontario Power Generation, OPG, we have Gian Di Giambattista, Director of Emergency Management and Business Continuity. He is responsible for managing OPG's emergency management of business continuity programs and for integrating the various functional elements, such as physical and cyber security, business continuity, environment and corporate affairs. In 2006 he took responsibility for rolling out the pandemic influenza plan at OPG.

From RiskAnalytica, we have Paul Smetanin, President and Chief Executive Officer. Since 2001, RiskAnalytica has been an employee-owned management science firm specializing in independent evaluation and analytical services that support better policy, business and investment decisions.

Welcome to all of you. We will start with Mr. Neily from The Conference Board of Canada. You could take five minutes in your introductory remarks.

John Neily, Director, National Security and Public Safety, The Conference Board of Canada: It is a pleasure to be here on behalf of The Conference Board of Canada and the members of the various networks we have.

Over the last four years, the Conference Board has undertaken two separate executive networks in which we have engaged with Canadians from the public and private sector on issues surrounding pandemic. We started, of course, with H5N1, and after that, once the H1N1 pandemic was declared, we created the Pandemic Response Working Group.

The comments I make to you this morning arise from a recent workshop or set of workshops we have had as we have concluded the work of the Pandemic Response Working Group. I apologize for the fact that we do have a report, but it is being edited as I speak. I will ensure that the clerk of the committee receives sufficient copies when it is completed. This refers to the report, Mr. Chair, but it is not quite yet produced. We will ensure you get it.

The report that I speak of, *Learning from H1N1: Maintenance and Momentum*, forms the basis of my comments. We asked participants in workshops what they learned, how they can change and what we need to adjust in our plans for the future. It builds on other work we had done in three other reports previous to that.

Nous recevons quatre témoins. John Neily est directeur, Sécurité nationale et sécurité publique, au Conference Board du Canada. Il vient de prendre sa retraite comme cadre supérieur à la GRC où il a acquis une expérience considérable dans l'élaboration de politiques stratégiques en matière de sécurité nationale et de protection du public.

Suzanne Kiraly est vice-présidente exécutive, responsable des relations gouvernementales pour l'Association canadienne de normalisation. Depuis plus de 23 ans, elle a pu accumuler une connaissance approfondie du milieu des affaires ainsi qu'une vaste expérience de la gestion au sein de différentes divisions de l'ACN.

Nous accueillons aussi Gian Di Giambattista, directeur de la gestion des mesures d'urgence et de la continuité des opérations pour Ontario Power Generation (OPG). Il est responsable de la gestion des programmes de maintien des opérations en cas d'urgence et de l'intégration des différents éléments fonctionnels, comme la sécurité physique et cybernétique, la continuité des activités, l'environnement et les affaires organisationnelles. En 2006, il a pris en charge la mise en œuvre du plan d'OPG pour lutter contre la pandémie d'influenza.

De RiskAnalytica, nous recevons Paul Smetanin, président et chef de la direction. Entreprise autogérée de gestion scientifique, RiskAnalytica se spécialise depuis 2001 dans les services d'analyse et d'évaluation indépendants permettant d'éclairer les décisions en matière de politiques, d'affaires et d'investissements.

Bienvenue à tous. Nous allons commencer avec M. Neily du Conference Board du Canada. Vous disposez de cinq minutes pour votre déclaration préliminaire.

John Nelly, directeur, Sécurité nationale et sécurité publique, Conference Board du Canada : C'est un plaisir pour moi d'être ici au nom du Conference Board du Canada et des membres de nos différents réseaux.

Au fil des quatre dernières années, le Conference Board a établi deux réseaux distincts grâce auxquels nous avons mobilisé des Canadiens des secteurs public et privé relativement à différents enjeux touchant les pandémies. Après avoir commencé bien sûr avec le virus H5N1, nous avons créé, une fois la pandémie de H1N1 déclarée, le groupe d'intervention en cas de pandémie.

Les observations que je vous sou mets aujourd'hui découlent d'une série d'ateliers que nous avons tenus à la suite du travail du groupe d'intervention. Nous avons produit un rapport écrit, mais il est malheureusement en cours de révision. Je verrai à ce que le greffier du comité en reçoive des copies en nombre suffisant dès que ce travail sera terminé.

Mes commentaires d'aujourd'hui s'appuient donc sur ce rapport qui s'intitule *Learning from H1N1: Maintenance and Momentum*. Nous avons demandé aux participants aux ateliers ce qu'ils ont appris, comment on pouvait changer les choses et quels ajustements nous devrions apporter à nos plans d'avenir. Nous misons pour ce faire sur d'autres travaux qui ont mené à la production de trois rapports précédents.

If I could categorize the challenges as we heard them, the first area was around triggers. That is a fairly common comment when you hear other groups speak about their challenges. Of course the pandemic that occurred was not the pandemic that many organizations had planned for. As a result, from the onset, some assumptions were challenged, and the ability of crisis management teams to be flexible was the marker of success and effective employee engagement, protection and response. Immediately, those organizations that had identified World Health Organization, WHO, triggers within their plans to initiate certain responses were faced with a disparity as it related to regional reality. Many lessons have been taken from that by those participants and Canadians.

The triggers used by WHO related to spread and not severity. The work of many organizations over time focused on the effective means, with partners, to measure severity for true organizational forecasting. Situational awareness was key, and those who monitored as many sources as they could beyond including their own internal systems were soon able to cut through the information confusion to provide effective communications internally and externally.

The issue of severity should be addressed seriously for effective response planning for organizations across the country, both public and private. We applaud the work of the experts in the electrical sector, led by the crisis team at Ontario Power Generation, in their efforts to sensitize the community to severity measurement.

Effective internal communications allowed for organized, confident response of some organizations. Organizations or communities whose communications were built on trusted relationships or that used effective collaborative teams of trusted entities within, and indeed with partners, were more successful than those who did not communicate.

Information for employees and their families, as well as the corporate and public sector executives, was available 24 hours a day outside of the workplace. It was oftentimes contradictory and confusing, especially in those organizations that had workplaces spread across jurisdictions where different bodies of public health experts were managing one province or another's response. Successes such as the broadly applied and highly effective personal hygiene and personal responsibility message were not only effective but can be maintained.

Regional relevance to the messaging is essential for the future. Those organizations that focused on employee confidence and well-being and honest dialogue and that found effective means to include the families and loved ones of employees spoke of their successes. However, they also said that in the future they wish to

Si j'essaie de regrouper les difficultés qui nous ont été signalées, il y aurait d'abord toute la question des éléments déclencheurs. C'est une observation qui revient lorsque d'autres groupes nous parlent des problèmes qu'ils ont éprouvés. Il va de soi que la pandémie avec laquelle nous avons dû composer n'avait rien à voir avec ce que bon nombre d'organisations avaient planifié. Certaines hypothèses ont donc été remises en question dès le départ et la capacité d'adaptation des équipes de gestion de crise a été la clé de la réussite et d'une mobilisation efficace des employés aux fins des mesures de protection et d'intervention requises. Les organisations qui avaient inclus dans leurs plans les éléments déclencheurs définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour lancer certaines interventions ont dû constater que leur réalité régionale pouvait être différente. De nombreux enseignements ont pu être tirés de cette expérience pour les participants et les Canadiens dans leur ensemble.

Les éléments déclencheurs utilisés par l'OMS étaient fondés sur le degré de propagation, et non sur la gravité. Bien des organisations cherchaient plutôt les moyens les plus efficaces d'évaluer la gravité en collaboration avec leurs partenaires en vue d'établir des prévisions vraiment significatives. La prise en compte des circonstances particulières était essentielle et les organisations qui ont consulté le plus de sources possible en plus de leurs propres systèmes internes ont rapidement été à même de s'y retrouver dans l'embrouillamini d'information afin d'assurer des communications efficaces tant à l'interne qu'à l'externe.

La question de la gravité devrait être abordée avec soin aux fins d'une planification efficace des interventions par les organisations de tout le pays, tant dans le secteur public que dans le privé. Nous félicitons les experts du secteur de l'électricité, menés par l'équipe de crise d'Ontario Power Generation pour leurs efforts de sensibilisation à l'importance de l'évaluation de la gravité.

Des communications internes efficaces ont permis une intervention solide et bien coordonnée dans certaines organisations. Les communautés ou les organisations dont les communications étaient basées sur des liens de confiance où la collaboration efficace entre entités bien établies à l'interne, comme avec des partenaires, se sont mieux tirées d'affaire que celles où les communications étaient déficientes.

Les employés et leurs familles, de même que les dirigeants d'entreprise et les gestionnaires du secteur public, avaient accès à de l'information en tout temps en dehors du lieu de travail. Souvent, ces renseignements étaient contradictoires ou prêtaient à confusion, surtout au sein des organisations dont les lieux de travail se trouvaient dans différentes régions dont les autorités sanitaires respectives géraient les interventions chacune à leur manière. Il faut non seulement vanter les mérites de mesures fructueuses comme la vaste campagne de sensibilisation sur l'hygiène personnelle et la responsabilité individuelle, mais aussi en assurer le maintien.

À l'avenir, il faudra absolument veiller à ce que les messages diffusés tiennent compte des réalités régionales. Les organisations qui ont misé sur la confiance et le mieux-être de leurs employés ainsi que sur un dialogue honnête et qui ont trouvé des moyens efficaces d'intégrer les familles et les proches de leurs employés

find a means to measure the success of their communications so they can identify obvious gaps or issues to close for a more effective approach to the dynamic nature of disease spread.

External communications were also critical. Suddenly the concept of supply chain relationships and understanding of the need of preparedness and effective response up and down that supply chain and business chain became evident to many who had no means to address that. This forced dialogue and the exchange of plans, including those who assisted partners in preparing their plans.

Those organizations that spoke of new relationships with regional and local health authorities spoke of the beneficial effects across their organizations from that situational awareness. On the other side of that discussion, regional and public health authorities gained a real-time picture of the impacts on their regions and in their communities, allowing them to check and, if required, adjust their planning and responses.

Through coordination and planning, the ability to be flexible during pandemic response was critical to the success of organizations that did fare well in this. Organizations or communities that viewed the pandemic as simply a health emergency were missing the obvious connections to the need to engage the broader strengths of community and organizational partners, whereas the response required effective business continuity, thinking and emergency management engagement.

A lesson forward from this is the need to keep disease outbreak on the agenda of executives of organizations. The seasonal flu provides an opportune time to refresh the planning and the personal hygiene messaging and to continue to build on the confidence of employees, their families and residents. In many Canadian communities, the large employer is the trendsetter and beacon for the messaging. Many understood that and rallied their communities through effective response.

When they were asked what they would do differently, the members of the network and the participants of the workshop provided several observations. These included the following: continue to build relationships with stakeholders, revise the triggers for their organizations that make sense for their realities and the information they have available, ensure there is flexibility in the plans and an appetite to trust that flexibility through exercising, incorporate pandemic preparedness in the risk registry of corporations and governments, incorporate pandemic

peuvent témoigner des succès obtenus. Elles ont toutefois également indiqué qu'elles souhaitaient trouver une façon d'évaluer l'efficacité de leurs communications pour en déceler les lacunes manifestes ou les problèmes à régler en vue d'en arriver à une approche mieux adaptée à la nature dynamique de la propagation d'une maladie.

Les communications externes ont aussi revêtu une importance capitale. Bien des organisations ne disposant d'aucun moyen en ce sens se sont soudainement rendu compte de la nécessité de maintenir des liens le long de la chaîne d'approvisionnement de telle sorte que les activités de préparation et les interventions puissent s'y articuler efficacement, en amont comme en aval. Tous ont ainsi été forcés d'échanger des informations et des plans, quand il ne s'agissait pas pour certains d'aider des partenaires à préparer leur propre plan.

Les organisations qui ont fait état de nouvelles relations avec les autorités régionales et locales de la santé ont indiqué que cette sensibilisation au contexte de fonctionnement avait eu des effets bénéfiques dans toute l'organisation. Autre partie à ce dialogue, les autorités régionales et les responsables de la santé publique ont pu se faire une idée bien concrète des répercussions au sein de leur région et de leurs communautés, ce qui leur a permis de vérifier l'efficacité de leurs plans et interventions, et d'apporter des ajustements au besoin.

Les organisations qui ont réagi efficacement à la pandémie sont celles qui ont pu se montrer flexibles grâce à la coordination et à la planification. Les organisations et les communautés qui ont considéré la pandémie comme une simple urgence en matière de santé ne se sont pas rendu compte des connexions évidentes révélant la nécessité de mobiliser les forces plus globales des partenaires communautaires et organisationnels, alors que les interventions devaient s'appuyer sur un maintien efficace des activités, une réflexion approfondie et un engagement dans la gestion des mesures d'urgence.

On peut conclure de cette expérience qu'il est nécessaire pour les dirigeants d'inclure les risques de pandémie dans le plan de travail de leur organisation. La grippe saisonnière offre une belle occasion de renouveler les efforts de planification et les messages portant sur l'hygiène personnelle en continuant de miser sur la confiance des employés, de leurs familles et des citoyens dans leur ensemble. Dans bien des collectivités canadiennes, c'est l'employeur principal qui établit la tendance et donne le ton. Plusieurs grandes entreprises l'ont compris et ont pu ainsi mobiliser leur communauté pour réagir efficacement.

Lorsqu'on leur a demandé ce qu'ils feraient différemment, les membres du réseau et les participants à l'atelier ont formulé différentes observations. On a notamment fait valoir qu'il fallait continuer à établir des relations avec les intervenants; revoir les éléments déclencheurs pour s'assurer qu'ils sont conformes au contexte organisationnel et à l'information disponible; veiller à ce que les plans prévoient une certaine marge de manœuvre et à ce qu'on soit prêt à faire le nécessaire pour miser sur cette souplesse; intégrer la préparation aux pandémies dans le régime de gestion des

preparedness into contract requirements between businesses, and find a way for the role of the private sector to enhance the vaccine distribution system.

The large concern expressed by all is keeping the issue of potential pandemics on the radar of those in positions of authority or those in positions that need to resource a moderate but sensible continued presence in planning for potential other disease outbreaks. The large concern was complacency.

Suzanne Kiraly, Executive Vice-President, Government Relations, Canadian Standards Association: On behalf of the Canadian Standards Association, thank you for your invitation today and the opportunity to appear before you to discuss the state of Canada's pandemic preparedness as well as lessons learned from the 2009 H1N1 pandemic.

At the outset, let me say that CSA is actively involved in the health care sector. We have more than 150 standards in the area of health care and more than 700 expert volunteers who work every day in the health care system. We are also involved in emergency management; we introduced our first standard in the 1990s and in 2008 introduced a comprehensive standard entitled *Z1600 Emergency Management and Business Continuity Programs*.

CSA also has many standards in related areas, including personal protective equipment — chemical, biological, radiological and nuclear protection — and health care facility design optimization.

As committee members may be aware, during the 2009 H1N1 pandemic, CSA hosted a national round table to discuss what worked and what gaps existed in Canada's pandemic preparedness response. We did so in order to utilize this real-life experience to enhance our emergency planning standard content to ensure that we had a pragmatic and effective tool for government and industry.

Through the course of this process, it was decided that the recommendations coming out of this discussion could work to improve the *Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health Sector*, and participants urged us to share them in order to more effectively counter future pandemics that could be of increased severity.

Our report, which was released on June 8, 2010, is entitled *Voices from the H1N1 Influenza Pandemic Front Lines: A White Paper About How Canada Could Do Better Next Time*.

The report focused specifically on the challenges and opportunities faced by health care and emergency service sector front-line professionals during the pandemic and included

risques des entreprises et des gouvernements; intégrer la préparation aux pandémies dans les exigences contractuelles liant les entreprises; et trouver une façon de permettre au secteur privé de contribuer à l'amélioration du système de distribution des vaccins.

Tous ont exprimé la même préoccupation première. Il faut que les risques de pandémie demeurent au cœur des priorités des décideurs et des dirigeants devant affecter les ressources nécessaires pour le maintien d'efforts modérés, mais constants, dans la planification en vue de l'éventuelle éclosion d'autres maladies. On ne voulait surtout pas que l'on se repose sur ses lauriers en sombrant dans la complaisance.

Suzanne Kiraly, vice-présidente exécutive, Relations gouvernementales, Association canadienne de normalisation : Au nom de l'Association canadienne de normalisation, je vous remercie de m'avoir invitée et de me donner l'occasion de comparaître devant vous pour discuter de l'état de préparation du Canada en cas de pandémie ainsi que des enseignements tirés de la pandémie de grippe A H1N1 en 2009.

D'abord et avant tout, permettez-moi de vous dire que l'ACN joue un rôle actif dans le secteur de la santé. Nous avons plus de 150 normes dans ce secteur et plus de 700 experts qui travaillent bénévolement pour nous dans le système des soins de santé. Nous nous intéressons également à la gestion des urgences; nous avons établi notre première norme en la matière dans les années 1990, et instauré en 2008 une norme détaillée intitulée *Z1600 Programmes de gestion des mesures d'urgence et de continuité des activités*.

L'ACN compte également de nombreuses normes dans des secteurs connexes, y compris l'équipement de protection personnelle — protection chimique, biologique, radiologique et nucléaire — et l'optimisation de la conception des installations de soins.

Comme les membres du comité le savent sans doute, l'ACN a tenu à l'occasion de la pandémie de 2009 une table ronde nationale pour discuter des points forts et des lacunes de la préparation canadienne en cas de pandémie. Cela nous a permis de nous inspirer de cette expérience concrète pour améliorer notre norme de planification d'urgence de manière à mettre un outil pratique et efficace à la disposition des gouvernements et de l'industrie.

Dans le cadre de ce processus, il a été convenu que les recommandations formulées à l'issue de cette table ronde pourraient contribuer à l'amélioration du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé*. Les participants nous ont en effet exhortés de diffuser leurs recommandations afin de pouvoir livrer une lutte plus efficace aux prochaines pandémies dont la gravité pourrait s'accroître.

Notre rapport rendu public le 8 juin 2010 s'intitule *Témoignages des intervenants de première ligne lors de la pandémie de grippe A H1N1 : Livre blanc sur ce que le Canada pourrait améliorer la prochaine fois*.

Le rapport portait spécifiquement sur les défis et les possibilités qui s'offrent aux professionnels des services d'urgence et des soins de première ligne au cours d'une pandémie et faisait état des

viewpoints of such participants as the Canadian Nurses Association, the Canadian Association of Emergency Physicians and the College of Family Physicians of Canada, to name but a few.

All participants in the report's round table agreed that although the current 2006 *Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health Sector* is a step in the right direction for mitigating serious illness and overall deaths during a pandemic, more needs to be done to prepare Canada and Canadians for future, more moderate or severe pandemics.

Among the numerous recommendations made, I want to highlight two in particular and add a third that CSA has been advancing with the federal government.

First, CSA and the expert round table believe that Canada's pandemic plans need a common baseline of preparedness at the grassroots level. That preparedness is needed among health units, front-line health care workers and first responders. For training, readiness, processes and interoperability to ensure a nationwide standard of care and an ability to provide mutual support to each other, regardless of where in Canada the expertise and capabilities are located.

From first responders to emergency room nurses, there was a call for a more consistent approach to education, planning and engagement at all levels of the health care system for an emergency plan to be successful. We believe that this is absolutely crucial to ensure effective response, treatment and management of care during a pandemic or national emergency.

Second, I believe all Canadians can agree that while the federal government deserves a high degree of credit for the communications with the public and stakeholders during the pandemic, there is a need for greater coordination among federal, provincial and territorial governments to decrease the risk of misinformation and confusion getting into the public discourse. Ensuring family physicians, firefighters and government authorities have access to information consistently is crucial to success. Indeed, we can all recall an instance where we turned on our television or logged onto the Internet to discover experts espousing different views on the status of the pandemic and appropriate steps for the public to take.

The reality is that in this age of 24-7 media coverage and technology that enables Canadians to access information with the click of a button, we must be consistent in our approach to messaging and communications in times of national emergencies or pandemic.

The need for consistency should outweigh broader concerns about jurisdictional responsibilities. CSA and its expert round table recommend that in addition to the creation of an integrated federal-provincial-territorial communications body comprised of medical officers and disaster management experts, federal,

points de vue de différentes organisations dont l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association canadienne des médecins d'urgence et le Collège des médecins de famille du Canada, pour n'en nommer que quelques-unes.

Tous les participants à la table ronde ont convenu que le *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé* établi en 2006 est un pas dans la bonne direction pour atténuer les risques de maladie grave et de décès durant une pandémie, mais qu'il fallait en faire davantage pour mieux préparer le Canada et les Canadiens à de futures pandémies, quel qu'en soit le degré de gravité.

J'aimerais vous faire part de deux des nombreuses recommandations formulées à cette occasion et en ajouter une troisième que l'ACN a soumise au gouvernement fédéral.

Premièrement, l'ACN et la table ronde des experts estiment que les plans du Canada en matière de pandémie doivent miser sur une assise commune de mesures préparatoires à l'échelon local. Cet effort en matière de formation, de préparation, de processus et d'interopérabilité est requis au niveau des unités de soins de santé, des travailleurs de première ligne et des premiers intervenants afin d'assurer l'application d'une norme nationale de soins et d'une capacité de soutien mutuel, peu importe l'endroit où l'on retrouve au Canada l'expertise et les compétences voulues.

Pour assurer l'efficacité d'un plan d'urgence, on préconisait une approche plus uniforme en matière d'éducation, de planification et de mobilisation à tous les échelons du système de santé, des premiers intervenants jusqu'aux infirmières en salle d'urgence. Nous estimons cette approche absolument essentielle pour assurer l'efficacité des interventions, des traitements et de la gestion des soins au cours d'une pandémie ou d'une crise nationale.

En second lieu, je crois que tous les Canadiens conviendront que si le gouvernement fédéral a droit à beaucoup de crédit pour ses communications avec la population et les différents intervenants au cours de la pandémie, il demeure nécessaire d'assurer une meilleure coordination entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour diminuer les risques de désinformation et de confusion dans le discours public. Il est essentiel de veiller à ce que les médecins de famille, les pompiers et les instances gouvernementales aient toujours accès à une information cohérente. Je crois que nous pouvons tous nous rappeler d'une situation où nous avons allumé notre téléviseur ou accédé à Internet pour découvrir que des experts y défendaient des points de vue divergents sur l'état de la pandémie et les mesures à prendre par la population.

À notre époque de couverture médiatique 24 heures par jour 7 jours par semaine et d'avancées technologiques permettant aux Canadiens d'avoir accès à l'information d'un simple clic, il nous faut absolument assurer la cohérence de nos messages et de nos communications dans les situations de pandémie ou de crise nationale.

Ce besoin de cohérence devrait avoir préséance sur les préoccupations plus générales au sujet des secteurs de compétence. L'ACN et sa table ronde d'experts recommandent qu'en plus de créer un organe intégré pour les communications fédérales, provinciales et territoriales composé de médecins-chefs

provincial and territorial governments work towards creating a primary care and emergency service communication network to reach those on the front lines working outside of hospital settings during a pandemic. These would include family physicians; those working in walk-in clinics, home care and long-term care settings; and first responders.

From CSA's perspective, we believe there is strong merit in developing national standardized emergency management planning templates and tools for both the health care sector and small to medium-sized enterprises. For the health care sector, it would include the acquisition, distribution and dispensing of vaccine; the use of antivirals; and how to manage mass inoculations, communications and quarantines. For small to medium-sized enterprises, it would involve contingency and business continuity planning as well as protocols for sick days and vaccinations.

Over the course of the summer, CSA held discussions with officials from the Public Health Agency of Canada, Health Canada, Public Safety and the Prime Minister's Office to determine whether there is interest in having CSA facilitate a national discussion with Canada's top emergency planning experts on how best to develop those templates and tools for pandemics and national emergencies. I can advise the committee that officials we have met with have been highly receptive to this offer, and we are exploring ways to make such a national discussion transpire.

Constructing a truly national, integrated approach to emergency management is a challenge in Canada, given federal, provincial and territorial jurisdictions. On that, I think we can all agree. However, in CSA's view, when it comes to public safety and public health, jurisdictional silos of excellence must be dismantled if we are to ensure that the protection of Canadians and their families is put first.

In closing, Mr. Chair, although CSA has sent a copy of our report by our expert round table to the committee members, I wish to table a copy for reference by the committee as you continue this important study. I will be pleased to take your questions.

The Chair: Thank you very much.

Gian Di Giambattista, Director, Emergency Management and Business Continuity, Ontario Power Generation Inc.: Good morning, honourable senators. Thank you for inviting me to share our experience with the planning, which includes our planning response to the H1N1 pandemic, and some recommendations regarding improvement opportunities.

et d'experts en gestion de sinistre, les trois ordres de gouvernement travaillent à l'établissement d'un réseau de communication en matière de soins primaires et de services d'urgence afin de rejoindre les travailleurs de première ligne à l'extérieur du milieu hospitalier au cours d'une pandémie. Nous parlons ici des médecins de famille, des travailleurs des cliniques sans rendez-vous, des préposés aux soins à domicile et aux centres de soins de longue durée, et des premiers intervenants.

L'ACN estime qu'il serait très utile de concevoir des modèles et des outils normalisés à l'échelle nationale pour la planification en cas d'urgence tant pour le secteur des soins de santé que pour les petites et moyennes entreprises. Dans le cas de la santé, ces modèles porteraient notamment sur l'acquisition, la distribution et l'administration des vaccins; l'utilisation des antiviraux; et la gestion des campagnes nationales d'inoculation, de communication et de mise en quarantaine. Pour les petites et moyennes entreprises, on traiterai de la planification des mesures d'urgence et du maintien des activités ainsi que des protocoles pour les congés de maladie et la vaccination.

Dans le courant de l'été, l'ACN a discuté avec des représentants de l'Agence de la santé publique du Canada, de Santé Canada, de Sécurité publique Canada et du Cabinet du Premier ministre afin de déterminer si l'on souhaitait que l'ACN organise un dialogue national entre les principaux experts canadiens en planification d'urgence pour déterminer la meilleure façon d'élaborer ces modèles et ces outils en prévision des pandémies et des crises nationales. Je peux vous assurer que nos interlocuteurs ont très bien accueilli cette offre et que nous nous penchons actuellement sur les moyens à mettre en œuvre pour que ce dialogue national se concrétise.

Compte tenu des compétences respectives du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires, il est particulièrement difficile d'établir au Canada une approche véritablement nationale et intégrée de la gestion des mesures d'urgence. C'est une réalité dont nous sommes tous conscients. L'ACN estime toutefois que lorsqu'il est question de sécurité nationale et de santé publique, il faut transcender ces questions de compétence pour s'assurer de mettre à l'avant-plan la protection des Canadiens et de leurs familles.

En terminant, monsieur le président, bien que l'ACN ait déjà distribué une copie du rapport de la table ronde d'experts aux membres du comité, je tiens à en déposer officiellement un exemplaire pour vous guider dans la poursuite de cette importante étude. Je me ferai un plaisir de répondre à toutes vos questions.

Le président : Merci beaucoup.

Gian Di Giambattista, directeur, Gestion des mesures d'urgence et continuité des opérations, Ontario Power Generation Inc. : Bonjour, honorables sénateurs. Merci de me donner l'occasion de vous parler de notre expérience en matière de planification, notamment dans le cas de la pandémie de grippe A H1N1, et de formuler certaines recommandations concernant des améliorations possibles.

I am sure you are aware that OPG is Ontario-centred, and we produce about 60 per cent of Ontario's electricity. As part of Ontario's critical infrastructure that provides such an essential service, we do not have the option of shutting down during a pandemic, which is a strategy that some businesses use.

We started our planning for the pandemic in 2005, and we completed it in 2008. The plan includes various planning assumptions, a staged response and 11 protocols, such as human resources, communications, cleaning and so forth.

The plan considers mild, moderate and severe scenarios for 20 per cent, 30 per cent, and 40 per cent absenteeism during the peak of the wave. Decisions are based on local threats and on the World Health Organization phases.

Business impact analyses were created to identify risks, processes, staff and systems as well as recovery priorities. Plans for continuity of operations were written for critical functions.

Our preparations included purchasing antivirals for prophylaxis for all staff and cross-training where possible. For our business, that is not always practical, as some staff require years of extensive training, experience and licensing. It also involved conducting a respiratory study and stockpiling respirators, masks, gowns, gloves and hand sanitizers; developing special cleaning procedures; and considering social distancing wherever possible.

We validated our plans through extensive peer and executive reviews. We undertook an external audit, and we did many tabletop exercises that included external stakeholders and regulators.

We managed many of the unknowns and other risks through engaging the executives and communicating with the employees during the planning as well as the response phase. We involved our unions, networked with all levels of government and other critical infrastructure groups, assessed various supply strategies and did additional planning to increase certain critical inventories.

When the H1N1 pandemic started in April 2009, we responded by activating our pandemic response working group and defined decision thresholds for activating parts of a staged response. It was obvious that a number of things were not evolving as we had envisioned because of the H5N1. We provided employees with updates about the threat and what they could do to protect themselves. We selectively activated parts of the continuity plans based on local threats.

Comme vous le savez, OPG est une organisation ontarienne produisant environ 60 p. 100 de l'électricité de la province. Compte tenu de la place que nous occupons dans l'infrastructure provinciale offrant ce service essentiel, nous n'avons pas la possibilité de cesser nos activités durant une pandémie, une stratégie à laquelle certaines entreprises ont recours.

Nous avons amorcé notre planification en vue d'une pandémie en 2005 pour la terminer en 2008. Notre plan est fondé sur différentes hypothèses, des mesures d'application progressive et 11 protocoles, notamment en matière de ressources humaines, de communications et de nettoyage.

Le plan prévoit des taux d'absentéisme de 20, 30 et 40 p. 100 au plus fort de la crise, selon la gravité de la maladie. Les décisions sont prises en fonction des risques au niveau local et des phases d'alerte de l'Organisation mondiale de la santé.

Des analyses des répercussions sur les opérations ont été menées pour cerner les risques, les processus, les employés et les systèmes touchés ainsi que les priorités en matière de rétablissement. Pour les fonctions essentielles, des plans de maintien des activités ont été élaborés.

Nos activités préparatoires incluaient l'achat d'antiviraux à titre préventif pour tous les employés et une formation polyvalente lorsque cela était possible. Dans le cas de notre organisation, ce n'est pas toujours réalisable, car certains postes exigent des années de formation approfondie et d'expérience en plus d'une accréditation. Nous avons aussi procédé à une étude sur les troubles respiratoires et stocké des respirateurs, des masques, des jaquettes, des gants et du désinfectant pour les mains. Nous avons implanté des procédures spéciales de nettoyage et envisagé de possibles mesures d'isolement social.

Nous avons validé nos plans en les soumettant à des examens approfondis par les pairs et les cadres. Nous avons procédé à une vérification externe en plus d'effectuer de nombreux exercices de simulation avec l'aide d'intervenants de l'extérieur et d'instances réglementaires.

Nous avons géré bon nombre des inconnues et des autres risques en mobilisant les cadres et en communiquant avec les employés au cours du processus de planification ainsi qu'à l'étape de l'intervention. Nous avons obtenu la participation de nos syndicats, travaillé en réseau avec tous les ordres de gouvernement et d'autres responsables de l'infrastructure essentielle, évalué différentes stratégies d'approvisionnement et intensifié l'effort de planification pour accroître certains stocks indispensables.

Lorsque la pandémie de grippe A H1N1 s'est amorcée en avril 2009, nous avons réagi en activant notre groupe d'intervention et en définissant des seuils décisionnels pour la mise en œuvre de nos mesures d'application progressive. Il était évident que certaines choses ne se déroulaient pas comme nous l'avions envisagé dans le contexte du virus H5N1. Nous avons tenu nos employés au fait des risques et des mesures de protection qu'ils pouvaient prendre. Nous avons activé de façon sélective différentes parties de nos plans de maintien des activités en fonction des risques locaux.

We fit-tested designated staff on respirators, and under the direction of our chief physician, we administered the antiviral consent forms. We went through a consent process for the antivirals and administered the vaccine once it became available to us.

Before the H1N1 pandemic, we knew the importance of considering local threats rather than taking direction from a global source such as the World Health Organization. However, the pandemic reinforced the need for flexible and nimble plans. It is important to recognize that no two pandemics will ever be the same. We should not fall into the trap of preparing for the last pandemic.

Relationships and networks that were developed during SARS and the blackout and through public- and private-sector working groups were invaluable during the pandemic response. Balancing internal communications with media information was tricky. Informing and reassuring employees was a priority with conflicting news regarding severity versus spread, the impact on specific target groups and the challenge of dealing with the adjuvanted vaccines.

For OPG, overall absenteeism was not significantly different from a typical influenza. However, we also confirmed that not all sick individuals will stay home, and some individuals will stay home for other reasons, such as being worried or looking after family. Some job functions experience significantly higher absenteeism rates, which, from a licensing requirement, makes cross-training or hiring temporary staff impractical. That reinforces for us the need to prioritize antivirals and vaccines for critical infrastructure staff.

Sourcing health-related supplies, such as hand sanitizers, was nearly impossible during the pandemic. Maintaining the stockpile was important. This reinforces the issues of supply chain.

During the H1N1 pandemic, it became evident to us that the response to a pandemic should be based on severity rather than on spread only, which had been the case. I was involved with a number of my peers in the electricity sector. We developed a severity response matrix concept, which is currently part of the sector pandemic guidelines.

The matrix factors in case fatality, the illness attack rate and staff absenteeism, allowing companies to tailor their responses. Further research and analysis must be conducted on this severity response matrix to validate this concept. I can provide more details on the matrix if you wish to receive those.

In conclusion, from our perspective, it is critical that health authorities consider critical infrastructure as a priority during health emergencies, particularly for antivirals and vaccines.

Nous avons procédé à des essais d'ajustement de nos respirateurs sur des employés désignés et, sous la direction de notre médecin en chef, nous avons utilisé des formulaires de consentement pour les antiviraux et administré le vaccin lorsqu'il est devenu disponible.

Avant même la pandémie de H1N1, nous savions qu'il était important de tenir compte des risques locaux, plutôt que de suivre simplement les orientations générales dictées par une source externe comme l'Organisation mondiale de la santé. La pandémie a toutefois confirmé la nécessité de pouvoir compter sur des plans souples et adaptables. Il faut absolument reconnaître qu'il n'y aura jamais deux pandémies pareilles. Il nous faut éviter de moduler notre préparation en fonction de la dernière pandémie.

Les liens et les réseaux établis à l'occasion de la crise du SRAS et de la grande panne d'électricité ainsi que dans le cadre des groupes de travail public-privé nous ont été d'une grande utilité pour lutter contre la pandémie. Il était particulièrement délicat d'arriver à coordonner les communications internes dans le contexte des renseignements transmis par les médias. Il était prioritaire de bien informer et rassurer nos employés, compte tenu des nouvelles parfois contradictoires concernant la gravité par rapport à la propagation, les répercussions sur des groupes cibles particuliers et les difficultés associées à l'utilisation de vaccins avec adjuvant.

Pour OPG, le taux général d'absentéisme a été sensiblement le même que lors des périodes de grippe saisonnière. Cependant, nous avons aussi pu confirmer que ce ne sont pas tous les employés malades qui demeurent à la maison, et que certains restent chez eux pour d'autres raisons, comme l'inquiétude ou les soins à prodiguer aux proches. Les taux d'absentéisme ont été considérablement plus élevés dans certains postes pour lesquels les exigences d'accréditation rendaient impossible d'offrir une formation polyvalente ou d'embaucher du personnel temporaire. Nous estimons d'autant plus important d'offrir en priorité des antiviraux et des vaccins au personnel affecté aux infrastructures essentielles.

Au cours de la pandémie, il est devenu à peu près impossible de s'approvisionner en fournitures de santé, comme le désinfectant pour les mains. Le maintien de stocks suffisants est donc primordial. Nous comprenons d'autant plus la nécessité de régler les questions liées à la chaîne d'approvisionnement.

Au fil de la pandémie de H1N1, il est devenu évident pour nous que les mesures d'intervention devaient être ciblées en fonction de la gravité, plutôt que de la propagation seulement, comme le faisait alors. J'ai collaboré à cet effet avec plusieurs de mes confrères du secteur de l'électricité. Nous avons conçu une matrice d'intervention basée sur la gravité qui est maintenant intégrée aux lignes directrices de notre secteur en cas de pandémie.

La matrice tient compte des taux de mortalité, d'atteinte de la maladie et d'absentéisme du personnel, ce qui permet aux entreprises d'adapter leurs mesures. Il faudra procéder à d'autres travaux de recherche et d'analyse pour valider ce concept de matrice axée sur la gravité. Je peux vous fournir de plus amples détails à ce sujet si la chose vous intéresse.

En conclusion, il est primordial à notre sens que les autorités sanitaires classent les infrastructures essentielles au rang de leur priorité dans les situations d'urgence, surtout pour ce qui est des

During a severe pandemic, the health sector will be impacted if critical infrastructure cannot maintain continuity of operations. Further research and analysis are needed and should be carried out by health agencies to develop a more robust severity response matrix.

H1N1 provided an excellent opportunity to test our pandemic plans and many of the provincial, municipal and federal plans. We will continue to work with health authorities and other critical infrastructure to improve our collective preparedness and the resiliency of Canadian society.

Paul Smetanin, President and Chief Executive Officer, RiskAnalytica: Thank you, Mr. Chair, for the opportunity to address the committee this morning. As Canada emerges from the recent H1N1 pandemic, it is important to examine and evaluate the outcomes of the country's response. Given the complexity of a pandemic, it is difficult to measure and manage with certainty during an outbreak. Most of what we learned is gained in hindsight. To that end, I commend the committee for undertaking these hearings, and I am hopeful that RiskAnalytica's research and knowledge will assist the committee in its deliberations.

RiskAnalytica is a group of interdisciplinary researchers who examine population health issues through the lens of mathematical analysis. Based upon government surveillance data, we conduct our pandemic research under the direction and oversight of leading Canadian and international infectious disease experts. Our independent pandemic research has been made available and possible through funding from the Public Health Agency of Canada and from an unrestricted grant from Hoffmann-La Roche.

Since the onset of the 2009 pandemic, RiskAnalytica has been extensively researching the life and economic impacts of the pandemic across Canada. In particular, we have been conducting post-pandemic analysis to inform the debate around the severity of the pandemic and the effectiveness of Canada's vaccine and antiviral intervention, as well as looking at what could have happened if the pandemic had been more severe.

While we do not wish to minimize the hospitalizations and deaths that occurred last year, the sobering reflection is that the severity of the H1N1 pandemic was generally mild. Despite this, many issues emerged throughout the pandemic, fuelling debate regarding communication, capacity, level of intervention and priorities. Due to the relative mildness of the pandemic, it is important not to base future pandemic strategies solely upon last year's experiences.

RiskAnalytica's research into the life and economic impact of pandemic in Canada and the possible impacts of its timing and severity, if its severity were changed, shows that without the reported use of antivirals and vaccine in 2009, the pandemic could

antiviraux et des vaccins. En cas de pandémie grave, le secteur de la santé sera affecté si celui des infrastructures essentielles ne parvient pas à maintenir la continuité de ses activités. Les agences de la santé doivent pousser plus loin les recherches et les analyses afin d'accroître l'efficacité de la matrice d'intervention basée sur la gravité.

La pandémie de grippe A H1N1 nous a fourni une excellente occasion de mettre à l'essai nos plans et bon nombre de ceux élaborés par les instances provinciales, municipales et fédérales. Nous allons poursuivre nos efforts concertés avec les autorités de la santé et les autres responsables des infrastructures essentielles pour améliorer notre état collectif de préparation et accroître la résilience de la société canadienne.

Paul Smetanin, président et chef de la direction, RiskAnalytica : Merci, monsieur le président, de me donner l'occasion de prendre la parole devant le comité aujourd'hui. Au moment où le Canada ressort à peine de la pandémie de grippe A H1N1, il est important d'examiner et d'évaluer l'efficacité des mesures prises. Compte tenu de la complexité d'une situation pandémique, il est difficile d'évaluer et de gérer les choses avec certitude en plein cœur de la crise. La plupart des enseignements doivent être tirés avec un peu de recul. Je félicite donc le comité d'avoir entrepris ces audiences et j'ose espérer que le bassin de recherche et de connaissances de RiskAnalytica saura l'assister dans ses délibérations.

RiskAnalytica est un groupe interdisciplinaire de chercheurs qui examinent les questions liées à la santé de la population par l'entremise de l'analyse mathématique. Au moyen des données de surveillance du gouvernement, nous menons des recherches sur les pandémies sous la direction et la supervision des plus grands experts canadiens et internationaux en matière de maladies infectieuses. Nos travaux de recherche indépendants sur la pandémie ont pu être réalisés et diffusés grâce au financement de l'Agence de santé publique du Canada ainsi qu'à une subvention sans restrictions de Hoffmann-La Roche.

Depuis l'éclosion de la pandémie de 2009, RiskAnalytica a multiplié les recherches sur les répercussions économiques et sociales de la pandémie dans tout le pays. Nous avons notamment mené une analyse post-pandémique visant à éclairer le débat quant à la gravité de la pandémie et l'efficacité des mesures canadiennes d'intervention par voie de vaccins et d'antiviraux, tout en essayant de déterminer ce qui aurait pu se produire si la pandémie avait été plus grave.

Sans vouloir minimiser l'importance des hospitalisations et des décès survenus l'an dernier, il faut conclure après mure réflexion que la pandémie de H1N1 n'a pas été très grave dans l'ensemble. Malgré tout, la pandémie a soulevé de nombreuses interrogations, notamment en ce qui concerne les communications, les capacités, le niveau d'intervention et les priorités. Comme la pandémie a été relativement peu sévère, il importe que nos stratégies futures en la matière ne soient pas basées uniquement sur les expériences vécues l'an dernier.

Les recherches réalisées par RiskAnalytica quant aux impacts sociaux et économiques de la pandémie au Canada et aux possibles changements découlant de la période visée ou d'une variation de la gravité, révèlent que sans l'utilisation déclarée

have resulted in twice the hospitalizations and employee absenteeism that were seen last year, almost three times the health care costs and almost four times the number of deaths.

An important caveat is that these results are based upon high-level estimates of Canadian vaccination rates and timing. While pinning down the actual vaccination details is an ongoing challenge, we generally conclude that antiviral and vaccine interventions in 2009 were cost-effective when considered in accordance with the World Health Organization guidelines.

Notwithstanding our conclusion as to the general cost-effectiveness of the antivirals and vaccine used last year, as researchers familiar with plausible pandemic scenarios and as members of the Canadian community, we have three recommendations that we wish to raise.

The first recommendation is to avoid basing future pandemic plans solely on the experience from last year. While many useful lessons were learned about vaccine distribution, communication policies and health authority coordination, it is important to avoid underestimating future pandemics. Since last year's outbreak, the notion of a pandemic is not as abstract as it was. Given that the pandemic was mild in population terms, any communication, distribution and coordination issues that were revealed last year would be significantly amplified if we had a more severe pandemic. Our concern is that people will normalize their assessments of the risks of a pandemic against their own recent experience and that pandemic debates may not reflect that last year's pandemic could have been a lot worse.

For example, if the severity of the pandemic were increased to resemble a moderate pandemic, such as the 1957-58 Asian flu pandemic, and the pandemic response remained the same as it was last year, a best-case scenario estimates that there would have been over a 20 per cent increase in employee absenteeism, at least 4 times the hospitalization and 13 times the mortality compared to what was experienced last year. We recommend extensive scenario analysis be included in any pandemic planning process so that appropriate pandemic plan responses that can scale to a wide range of potential pandemics are developed.

The second recommendation relates to the timing of vaccine. Last year, Canada was presented with a two-wave pandemic, with the first wave resulting from the interruption of the pandemic process. The slow spread of the pandemic during the summer months provided health authorities with much needed time for vaccine production, approval and distribution. Nonetheless, it appears that vaccine in Canada had generally arrived just in time to prevent the full impact of the second wave. Our analysis shows

d'antiviraux et de vaccins en 2009, la pandémie aurait pu entraîner deux fois plus d'hospitalisations et d'absentéisme chez les employés, près de trois fois plus de coûts pour les soins de santé et presque quatre fois plus de décès.

Il y a toutefois une mise en garde importante à faire à l'égard de ces résultats, car ils sont basés sur les estimations les plus optimistes quant à la période visée et aux taux de vaccination au Canada. Bien qu'il soit toujours difficile de chiffrer avec précision l'effort de vaccination, nous concluons que les interventions misant sur les antiviraux et les vaccins ont généralement été efficaces à l'égard des coûts engagés en 2009, dans le contexte des lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé.

Malgré cette conclusion favorable quant à l'efficacité relative des antiviraux et des vaccins utilisés l'an dernier, nous aurions trois recommandations à formuler en notre qualité de chercheurs habitués aux scénarios de pandémie et de membres de la communauté canadienne.

Nous recommandons dans un premier temps que l'on évite d'établir les plans futurs en prévision des pandémies en se fondant uniquement sur l'expérience de l'an passé. Bien que de nombreux enseignements utiles aient pu être tirés des efforts des instances sanitaires, il faut absolument éviter de sous-estimer la gravité des pandémies à venir. Depuis la crise de l'an dernier, la notion de pandémie est moins abstraite qu'elle l'était auparavant. Comme la pandémie n'a pas été très sévère pour ce qui est des populations touchées, il faut prévoir que tous les problèmes de communication, de distribution et de coordination qui ont été mis au jour à cette occasion seraient considérablement amplifiés dans le cas d'une pandémie plus grave. Nous craignons que les gens évaluent les risques découlant d'une pandémie à la lumière de cette expérience récente et que les discussions ne tiennent pas compte du fait que la pandémie de l'an dernier aurait pu être bien pire.

À titre d'exemple, si cette pandémie avait été plus grave au point d'atteindre un niveau modéré, comme celle de la grippe asiatique de 1957-58, et si les mesures prises l'an dernier demeuraient inchangées, on estime que, dans le meilleur des cas, le taux d'absentéisme aurait augmenté de plus de 20 p. 100, le nombre d'hospitalisations aurait été au moins quatre fois plus élevé et il y aurait eu 13 fois plus de décès que l'an dernier. Nous recommandons qu'une analyse approfondie des différents scénarios possibles soit intégrée à tout processus de planification en vue d'une pandémie de manière à élaborer un plan d'intervention pouvant être adapté en fonction des différentes formes que peut prendre la pandémie.

Notre deuxième recommandation concerne l'utilisation des vaccins en temps opportun. L'an dernier, la pandémie a touché le Canada en deux vagues en raison de l'interruption du processus pandémique. La lente propagation de la pandémie pendant les mois d'été a donné aux autorités de la santé un délai dont elles avaient grandement besoin pour la production, l'approbation et la distribution du vaccin. Malgré tout, il semblerait que le vaccin soit généralement arrivé au Canada juste à temps pour empêcher

that had the pandemic in Canada been a full single wave, possibly due to its arrival in Canada in the fall instead of the spring, a vaccine would not have arrived in time.

Current vaccine manufacturing processes and the resultant distribution timelines appear to be insufficient to protect Canadians against the hospitalizations, mortalities and economic disturbances that could accrue from a pandemic with a significant first wave. For example, if Canada were presented with a single moderate pandemic and the pandemic response remained the same as last year, a best-case scenario estimates that there would be over twice the absenteeism within the labour force, 10 times the hospitalization and health care costs, and 31 times the mortality of what was experienced last year.

In the absence of widely available vaccine, the emphasis would be upon other mitigating strategies, such as the release of the federal and provincial stockpile of antivirals, which could reduce the impact of a moderate pandemic to similar magnitudes of what was experienced last year, assuming that the pandemic is susceptible to antiviral use. Yet the preparedness around the large-scale distribution and use of antivirals was not generally tested last year, or in any other year, for that matter. We therefore recommend that techniques for improving the processes surrounding pandemic vaccines be intensively examined and that the practical details to deploy alternative interventions, such as the distribution of the federal and provincial stockpiles of antivirals, be thoroughly tested.

Our final recommendation relates to the current antiviral stockpiling policies in Canada. If a moderate single-wave pandemic were to occur in Canada in which vaccine is expected not to arrive and widespread antiviral use is implemented, our research indicates that Canada could be at risk of running out of its federal and provincial stockpiles of antivirals before the end of a significant first wave.

Our widespread-use policy assumes that 50 per cent of those who become ill will seek treatment, and 5 per cent of the Canadian population seeks antivirals for post-exposure prophylaxis. The benefits of widespread antiviral use are significant in the absence of vaccine. For example, in a single-wave pandemic, moving to widespread antiviral use instead of the limited treatment policy that was used last year could reduce employee absenteeism, hospitalizations and deaths by more than 30 per cent. However, such a policy requires over 80 million doses of antivirals to be distributed across Canada, which comes extremely close to the total stockpiles held by various Canadian governments. Any increase in demand, wastage or distribution

la seconde vague de la pandémie de toucher le pays avec un maximum d'impact. Notre analyse révèle que si une seule vague de pandémie avait touché le Canada, par exemple si elle avait frappé le pays à l'automne, plutôt qu'au printemps, le vaccin ne serait pas arrivé à temps.

Les processus actuels de production des vaccins et les échéanciers de distribution qui en résultent ne semblent pas permettre de protéger les Canadiens contre les risques d'hospitalisation, de décès et de perturbations économiques qui pourraient s'accroître advenant une première vague de pandémie plus forte. Par exemple, si le Canada prenait les mêmes mesures que l'an dernier pour contrer une vague unique de pandémie de gravité moyenne, les estimations les plus optimistes indiquent que le taux d'absentéisme serait au moins deux fois plus élevé, que le nombre d'hospitalisations et les coûts des soins seraient multipliés par 10, et que l'on devrait déplorer 31 fois plus de décès que l'an dernier.

En l'absence d'un vaccin disponible pour tous, il faudrait se tourner vers d'autres stratégies d'atténuation, comme la liquidation des stocks fédéraux et provinciaux d'antiviraux, lesquels pourraient ramener une pandémie modérée à une ampleur similaire à celle de l'an dernier, en présumant que les antiviraux seraient efficaces contre la pandémie en question. Le niveau de préparation en vue d'une distribution et d'une utilisation à grande échelle des antiviraux n'a toutefois pas été testé de façon globale l'an dernier, ni jamais auparavant d'ailleurs. Nous recommandons que l'on examine de très près les techniques susceptibles d'améliorer les processus de recours aux vaccins en cas de pandémie et qu'on évalue minutieusement tous les détails pratiques entourant le déploiement d'autres formes d'intervention, comme la distribution des stocks fédéraux et provinciaux d'antiviraux.

Notre dernière recommandation touche les politiques actuelles concernant l'accumulation de stocks d'antiviraux au Canada. Si une vague unique de pandémie de gravité moyenne devait toucher le Canada alors qu'il est impossible d'obtenir les vaccins en temps voulu et qu'il faut se tourner vers un recours généralisé aux antiviraux, nos recherches révèlent que le Canada risquerait d'épuiser les stocks fédéraux et provinciaux d'antiviraux avant qu'une première vague d'importance ne s'estompe.

Notre politique de recours généralisé aux antiviraux est fondée sur l'hypothèse que 50 p. 100 des personnes contractant la maladie demanderont un traitement et que 5 p. 100 des Canadiens voudront des antiviraux à titre de mesure préventive à la suite d'une exposition au virus. En l'absence d'un vaccin, le recours généralisé aux antiviraux est extrêmement bénéfique. À titre d'exemple, en cas de vague unique de pandémie, une utilisation généralisée, plutôt qu'un traitement limité comme ce fut la politique l'an dernier, pourrait réduire de plus de 30 p. 100 l'absentéisme des employés, les hospitalisations et les décès. Cependant, l'application d'une politique semblable exige plus de 80 millions de doses d'antiviraux à distribuer dans toutes les

losses could result in a shortage of antivirals. We recommend that any post-pandemic debates should investigate further the role of antivirals and the size and distribution of the Canadian stockpile.

Once again, I commend the work of the committee, and I look forward to the committee's report. I would be happy to take any questions.

The Chair: Thank you all very much for your initial presentations.

Someone mentioned a working group established by the federal government called the Private Sector Working Group on Pandemic Influenza Planning. Mr. Neily mentioned a working group at the Conference Board. The CSA did work with its round table and the report that it subsequently produced.

Are these different groups exchanging information? The private sector is very diverse, and it seems to me there has to be a fair bit of cooperation and communication between the different groups. Could you talk about that briefly, and also about what you see as the federal government's role in pulling that diverse community together?

Mr. Neily: The working group that we convened at the Conference Board was made up of a fairly broad constituency of private and public sector people. It was focused on human resources and organizational excellence issues as well as emergency planning and so on.

I started with the board only a year ago. My predecessor sat on the federal working group, and I had a chair on it as well. We were aware of some of the work that our colleagues in the CSA did because some of the people who sat on our working group were also part of the panel of experts that they regularly interface with as they are doing their emergency management planning around Z1600 and so on.

As to the value of that type of committee by the federal government, there is a critical need to maintain that. If that goes away, I fear the complacency that we spoke of. We need to be able to keep this on an agenda. We need a common place to meet and talk and share best ideas.

Ms. Kiraly: The CSA develops its standards using experts from industry, government, consumers and other users. When we introduced the standard in 2008, we did a wide publicity event. Our standard is made up of electrical utilities, private sector organizations like oil companies, and other experts such as the Greater Toronto Airports Authority, so it is a broad, emergency-based standard.

régions du pays, ce qui nous rapproche beaucoup des stocks totaux accumulés par les différents gouvernements canadiens. Tous les cas d'augmentation de la demande, de gaspillage ou de perte dans la distribution pourraient créer une pénurie d'antiviraux. Nous recommandons par conséquent que toutes les discussions faisant suite à la pandémie visent notamment à mieux cerner le rôle des antiviraux ainsi que les questions liées à l'ampleur et à la distribution des stocks canadiens.

Je remercie encore une fois le comité pour son travail et j'ai vraiment hâte de consulter votre rapport. Je suis disposé à répondre à toutes vos questions.

Le président : Merci à vous tous pour vos déclarations préliminaires.

Quelqu'un a mentionné un groupe de travail créé par le gouvernement fédéral sous l'appellation Groupe de travail du secteur privé sur les mesures à prendre en cas de pandémie de la grippe. M. Neily a parlé d'un groupe de travail établi au Conference Board. L'ACN a travaillé avec sa table ronde et s'inspire du rapport produit par la suite.

Est-ce que ces différents groupes échangent de l'information entre eux? Le secteur privé est très diversifié et j'ai l'impression que la situation exige une bonne dose de coopération et de communication entre les différentes instances. Pourriez-vous nous dire brièvement ce que vous en pensez et comment vous percevez le rôle du gouvernement fédéral pour la mobilisation de ces intervenants?

M. Neily : Le groupe de travail que nous avons formé au Conference Board était constitué d'un échantillon assez représentatif des secteurs privé et public. En plus de se pencher sur les mesures de planification d'urgence, il s'est intéressé notamment aux questions touchant les ressources humaines et l'excellence organisationnelle.

Je ne travaille au Conference Board que depuis un an. Mon prédécesseur faisait partie du groupe de travail fédéral et j'y siégeais également. Nous avons été mis au fait d'une partie du travail accompli par nos collègues de l'ACN, car quelques-uns des membres de notre groupe de travail faisaient également partie du comité d'experts avec lesquels les gens de l'ACN communiquaient régulièrement dans le cadre de leurs travaux pour la planification des mesures d'urgence et la norme Z1600 notamment.

J'estime essentiel que l'on maintienne des groupes de travail semblables au sein du gouvernement fédéral. Sans cela, on risque de sombrer dans le climat de complaisance que nous craignons. Il faut que ces questions puissent demeurer à l'ordre du jour. Nous avons besoin d'une tribune pour discuter ensemble et mettre en commun les meilleures idées.

Mme Kiraly : L'ACN élabore ses normes en consultant des experts de l'industrie et du gouvernement ainsi que des consommateurs et d'autres utilisateurs. Lorsque nous avons lancé cette norme en 2008, nous l'avons annoncé dans le cadre d'une vaste campagne de promotion. Il s'agit d'une norme d'urgence d'application très générale établie grâce à la contribution de services publics d'électricité, d'organisations du secteur privé comme des entreprises pétrolières, et d'autres experts comme ceux de l'administration aéroportuaire de Toronto.

The round table we launched was specifically for front-line health care, and that was in response to our stakeholders from the health care industry. The report that we produced is publicly available. We continue to train the health care sector as well as other industry groups on emergency planning principles and how to implement emergency plans, and we continue to have dialogues at both the federal and the provincial levels about their needs for emergency plans, so there is continual information.

When we put a standard out, there is a process of publishing it as well as gathering information to determine how effective it is. We then revise it and bring it back out to support industry and government needs.

The Chair: Specifically with regard to OPG, as you said, communications was a vital part of the work you were doing. From where did you get your communications around health advice? Were you getting information primarily from the Public Health Agency of Canada, the province or the municipalities? If you were getting conflicting advice, as some people suggested they were, how did you sort that out?

Mr. Di Giambattista: I spoke specifically about the collaboration that took place leading up to the pandemic through planning and so forth. Our strategy was to deal with the Ontario Ministry of Health and Long-term Care specifically for aligning how we would respond. We are mainly based in Ontario. We were aware of what was happening. I was a member of the public-private sector working group at the federal level, so we were aware of the different positions and responses, but we had direct discussions with the Ministry of Health and Long-Term Care at the provincial level before finalizing our communications.

The Chair: There was dialogue.

Mr. Di Giambattista: Yes.

Senator Ogilvie: Thank you all for outlining the various aspects in the private sector very clearly and understandably.

Mr. Smetanin, in your report you outline very clear numbers of estimates of the antiviral and vaccine saved. Did you break that down between antiviral and vaccine?

Mr. Smetanin: We did. It is a very difficult exercise, but we were able to break it down to the extent possible. We found that the use of antivirals and vaccines had a synergistic effect. That is part of the problem of doing a breakdown between the two. Antivirals on their own could have reduced deaths by about 40 per cent.

Vaccines have a much greater propensity to reduce the number of deaths, but of course vaccine is highly dependent upon when it shows up. In this case, it was approximately 58 per cent. It varied

La table ronde que nous avons réunie visait à discuter spécifiquement des soins de santé de première ligne pour répondre aux besoins de nos intervenants de ce secteur. Le rapport produit est accessible à tous. Nous continuons à offrir de la formation dans le secteur de la santé comme dans d'autres industries relativement aux principes de planification d'urgence et à la mise en œuvre des plans de mesure d'urgence. Nous poursuivons en outre le dialogue aux échelons fédéral et provincial relativement aux besoins de chacun en matière de plans d'urgence, ce qui fait que le flot d'information est continu.

Lorsque nous proposons une nouvelle norme, nous faisons le nécessaire pour qu'elle soit rendue publique et pour recueillir les données voulues afin de déterminer son efficacité. Nous pouvons ensuite la réviser et la remettre en service pour mieux répondre aux besoins de l'industrie et du gouvernement.

Le président : Par ailleurs, vous nous avez dit que les communications étaient une partie essentielle du travail effectué par OPG. D'où vous viennent vos communications concernant les avis en matière de santé? Est-ce que l'information vous provient principalement de l'Agence de la santé publique du Canada, de la province ou des municipalités? Si vous recevez des avis contradictoires, comme certains l'ont laissé entendre, comment vous y retrouvez-vous?

M. Di Giambattista : J'ai parlé de la collaboration qui a eu cours notamment pour les efforts de planification dans la période précédant la pandémie. Notre stratégie consistait à traiter avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour harmoniser nos interventions. Nos activités ont lieu principalement en Ontario. Nous étions conscients de la situation. J'étais membre du groupe de travail des secteurs public et privé à l'échelon fédéral, alors nous connaissions les points de vue et les solutions de chacun, mais nous parlions directement aux gens du ministère de la Santé et des Soins de longue durée à l'échelon provincial avant de finaliser nos communications.

Le président : Il y avait un dialogue.

M. Di Giambattista : Oui.

Le sénateur Ogilvie : Merci à tous de nous avoir exposé les différents aspects de la contribution du secteur privé de façon très claire et tout à fait compréhensible.

Monsieur Smetanin, vous présentez dans votre rapport des estimations très précises des gains que peuvent permettre les antiviraux et les vaccins. Avez-vous fait une ventilation entre antiviraux et vaccins?

M. Smetanin : Oui. C'est un exercice très difficile, mais nous avons pu faire cette ventilation jusqu'au plus bas niveau possible. Nous avons constaté que le recours aux antiviraux et aux vaccins a un effet synergétique. C'est notamment ce qui complique les efforts pour tenter de faire une ventilation entre les deux. Les antiviraux auraient pu à eux seuls réduire le nombre de décès d'environ 40 p. 100.

Les vaccins peuvent diminuer les pertes de vie dans une proportion encore beaucoup plus grande, mais leur efficacité dépend beaucoup du moment où ils sont disponibles. En l'espèce,

from province to province, however. We can send the committee material showing how the experience differed from province to province due to both antivirals and vaccine.

Senator Ogilvie: The synergistic effect often occurs. How were you able to determine that that occurred during a pandemic? It is often only under sustained clinical trial that you can actually demonstrate a synergistic effect. Are you speaking from your instinct, or did you have an actual clear control that gave you that answer?

Mr. Smetanin: The analysis that I am speaking to today is based upon evidence that was collected throughout the pandemic. As I mentioned earlier, it is very difficult to say during a pandemic what is and what is not. It is a highly complex and uncertain event.

Each week last year we ran the same model for the Public Health Agency of Canada that we have used as part of this research in order to begin to understand where the pandemic was going and how it could quickly change shape and size. We can quite happily say that in early June the numbers that the model was producing were quite close to what the experience was in August, September and October prior to the rollout of the vaccine. Having said that, there is no particular feature about the model that we used that is promising and better than anything else.

Last year's pandemic was quite a deterministic event as far as pandemics go. In the research that we are looking at now, we tend to understand pandemics after the fact and hence have these post-pandemic debates.

We have taken data sets of antiviral use across the country by province and by months, and we have taken the vaccine usage. We looked at what happened in terms of hospitalizations, intensive care unit admissions, and deaths, and we were able to calibrate a model with a lot of the underlying structure using infectious disease experts to come up with a re-emulation of what the pandemic looked like. From there we can take out the timing of vaccines and the efficacy aspects of the vaccines, and then we can take out antivirals.

At that point we start to arrive at conclusions about what would have happened if the antivirals had not been used. Last year they were used in a small proportion: one twenty-seventh of the Canadian stockpile is the number of antivirals that were used last year. However, when we take them out and when we take out vaccine, we can draw conclusions as to how the experience could have been different with and without them.

Senator Ogilvie: The reason for my question, and I am pleased with your answer, is that in the pre-pandemic information available on Tamiflu there is a considerable range of opinion as to its efficacy. Some of the documents suggest it is actually in the range of a placebo effect overall. That is the reason for my question. I was curious as to how during a pandemic you could come up with such significant issues and why I asked if you could separate it out.

I appreciate your answer very much. Thank you.

elle atteignait environ 58 p. 100. Ces chiffres variaient toutefois d'une province à l'autre. Nous pourrions fournir au comité des documents montrant comment l'expérience variait selon la province en raison à la fois des antiviraux et du vaccin.

Le sénateur Ogilvie : L'effet synergétique n'est pas rare. Comment avez-vous pu déterminer qu'il s'était manifesté durant la pandémie? Il arrive souvent que l'on doive procéder à des essais cliniques répétés pour pouvoir démontrer un tel effet synergétique. Est-ce l'instinct qui guide votre réponse ou est-elle appuyée par une mesure de contrôle concrète?

M. Smetanin : L'analyse dont je vous parle aujourd'hui est fondée sur les données recueillies tout au long de la pandémie. Comme je l'ai déjà mentionné, il est très difficile de faire la part des choses durant une pandémie. C'est par définition un événement très complexe et marqué par l'incertitude.

Chaque semaine l'an dernier, nous avons appliqué le même modèle pour l'Agence de la santé publique du Canada que nous avons utilisé dans le cadre de cette recherche afin de commencer à comprendre comment la pandémie évoluait et à quel point elle pouvait rapidement prendre une nouvelle tournure. Nous sommes heureux d'affirmer qu'au début de juin, les chiffres générés par ce modèle s'apparentaient à ceux des mois d'août, de septembre et d'octobre, soit avant la distribution du vaccin. Cela dit, ce modèle n'a rien de plus prometteur ou de mieux que les autres.

La pandémie de l'an dernier a été assez déterministique. Les résultats de recherche auxquels nous nous intéressons en ce moment révèlent que nous avons tendance à comprendre les pandémies après coup et à tenir ce genre de discussions postpandémiques.

Nous avons recueilli des données mensuelles dans chaque province sur l'utilisation des antiviraux, de même que sur l'utilisation des vaccins. Nous avons tenu compte du nombre de personnes hospitalisées, admises aux soins intensifs et décédées, et nous avons pu calibrer un modèle s'inspirant en grande partie du savoir des spécialistes des maladies infectieuses pour simuler la pandémie. À partir de là, nous pouvons connaître le moment où les vaccins sont donnés et l'efficacité du vaccin, et la même chose pour les antiviraux.

Nous en arrivons maintenant à des conclusions sur ce qui ce serait passé si on n'avait pas utilisé les antiviraux. L'an dernier, on n'a eu recours qu'à une petite proportion; on a utilisé le 1/27 de la réserve canadienne d'antiviraux. Cependant, quand nous les isolons et quand nous isolons les vaccins, nous pouvons voir comment l'expérience se serait déroulée avec et sans eux.

Le sénateur Ogilvie : La raison de ma question, et je suis satisfait de votre réponse, c'est que l'information disponible sur le Tamiflu avant la pandémie renfermait des opinions divergentes à l'égard de son efficacité. Certains documents laissaient entendre qu'il était aussi efficace qu'un placebo. C'est la raison de ma question. J'étais curieux de savoir comment vous êtes parvenu, pendant une pandémie, à relever des questions aussi importantes, et c'est pourquoi je vous ai demandé de les aborder séparément.

Je vous remercie de votre réponse.

Senator Callbeck: Mr. Neily, the chair mentioned the two groups that have been set up, one by the Conference Board and one by the federal government. What is the difference in the roles of those two committees?

Mr. Neily: The Conference Board of Canada operates a series of executive networks designed for peer-to-peer learning, and in our case, the groups that I manage are also for public policy debate influence and so on around national security and public safety. We work with our members to provide dialogue that is designed to bring the best effect, the best lessons forward, either on live issues or emerging issues.

As I understand it, the federal government's network was largely for communications, for allowing policy-makers to have access to private sector concerns and experts. Although it existed, I do not believe that committee met that frequently.

Our group though was very active. We met on a regular basis by a variety of means, such as monthly teleconferences plus face-to-face meetings. The members designed and demanded that they be on the edge of what is going on for best practice exchange and so on. Ours is designed to be a long-running, peer-to-peer learning type of experience and a true network. The Pandemic Response Working Group has actually been terminated. Some of the members and the topic itself have moved into another network called the Council on Emergency Management.

Senator Callbeck: Yes, I believe I read somewhere that your group is going on until the summer of 2011.

Mr. Neily: We hope to bring the group back together. They have demanded to be brought together a year out after the last workshop to see what has changed in that year, such as the successes that others have had in maintaining their battle against complacency, keeping the issue alive and the progress, so we will be bringing them back together. However, the topic itself is discussed regularly at other meetings of the Council on Emergency Management.

Senator Callbeck: In your brief you say that a lesson forward from this is the need to keep disease outbreak on the agenda of the executives of organizations and government. Do you have recommendations on that?

Mr. Neily: The report does cover more specific recommendations, yes. I have not referred to them in the summary, but the recommendations are largely to address the issue of complacency and educate executives to be conscious of the fact that there were tremendous successes in the movement of and the progress on personal hygiene programs within organizations. Those actually had a positive effect, among many other things, in keeping the pandemic to the level that it was. That should not stop, and that is really the message. There are derivative benefits of the work done during the pandemic that can keep the message alive, short of panic. We are not talking about trying to build a false image or false messaging, but it is taking the lessons that have been learned and actually operationalizing them.

Le sénateur Callbeck : Monsieur Neily, le président a parlé des deux groupes qui ont été établis, l'un par le Conference Board of Canada et l'autre par le gouvernement fédéral. Quels sont leurs rôles respectifs?

M. Neily : Le Conference Board of Canada exploite une série de réseaux administratifs conçus pour l'apprentissage entre pairs et, dans notre cas, les groupes dont je m'occupe influencent les débats de politique publique, entre autres, en ce qui a trait à la sécurité publique et nationale. Nous collaborons avec nos membres en vue d'assurer un dialogue des plus productifs et de tirer le meilleur profit possible des leçons retenues afin de gérer les problèmes actuels et futurs.

D'après ce que je comprends, le réseau du gouvernement fédéral a été principalement conçu pour les communications, c'est-à-dire pour permettre aux décideurs publics d'avoir accès aux préoccupations et aux experts du secteur privé. Malgré son existence, je ne crois pas que ce comité se réunisse fréquemment.

En revanche, notre groupe a été très actif. Nous avons régulièrement tenu des discussions qui pouvaient prendre différentes formes, comme des téléconférences et des rencontres en tête à tête. Les membres ont demandé qu'on adopte les meilleures pratiques, et ainsi de suite. Notre groupe se veut un véritable réseau de longue durée axé sur l'apprentissage entre pairs. Le groupe d'intervention en cas de pandémie a mis fin à ses travaux. Certains de ses membres, de même que le sujet, ont été transférés dans un autre réseau, soit le conseil de gestion des urgences.

Le sénateur Callbeck : Oui, je crois avoir lu quelque part que votre groupe poursuivait ses travaux jusqu'à l'été 2011.

M. Neily : Nous espérons réunir à nouveau le groupe. On a demandé qu'il soit rassemblé un an après son dernier atelier afin de voir ce qui a changé au cours de l'année, c'est-à-dire le fruit des efforts déployés par les autres pour lutter contre la complaisance, maintenir cette question au premier plan et observer les progrès à ce chapitre. Nous allons donc le réunir à nouveau. Cependant, le sujet en soi fait régulièrement l'objet de discussions à l'occasion des réunions du conseil de gestion des urgences.

Le sénateur Callbeck : Dans votre mémoire, vous parlez de la nécessité de garder la pandémie à l'ordre du jour des dirigeants d'organisations et du gouvernement. Avez-vous des recommandations à ce chapitre?

M. Neily : En effet, le rapport fait état de recommandations plus précises. Je n'en ai pas parlé dans le résumé, mais les recommandations visent principalement à remédier à l'inaction de la part des dirigeants et à les sensibiliser au fait qu'on a réalisé d'importants progrès sur le plan des programmes d'hygiène personnelle au sein des organisations. Cela a notamment eu pour effet de maintenir la pandémie à un niveau raisonnable. C'est pourquoi nous insistons pour que cela se poursuive. Les bienfaits qui ont découlé du travail accompli durant la pandémie montrent que cette question doit demeurer d'actualité, sans toutefois laisser place à la panique. Il ne s'agit pas d'essayer de projeter une fausse image, mais plutôt de s'inspirer des leçons que nous avons tirées.

Senator Callbeck: What role do you see the federal government playing in this?

Mr. Neily: The federal government could assist by providing standards. For standard communication, they could provide best lessons on tools that were used effectively. They could farm that information with a variety of constituents. I believe that standardization in approach would be one of the best methodologies for the future for planning that would provide for a base of knowledge for others to then become more adept and dynamic to deal with their own situations. They have a significant role.

The Chair: Does anyone else want to pick up on that?

Ms. Kiraly: As a standards organization, we develop standards for Canadians, and our standards are voluntary until some agency, government or industry sector actually references them. When CSA developed this standard, we were working in conjunction with Public Safety Canada but also with the U.S. Department of Homeland Security to take a look at Canada's approach to emergency planning as well as to look at how we stack up internationally. The idea is to provide a framework that can be used by government, by small business, by large businesses, to have a plan not only to prepare for the event but also to ensure business continuity afterwards. Unless the standard is referenced and utilized by various levels of government or industry, it will not make a difference. That is one of the reasons we are here today.

Senator Braley: Standards I understand, when you manufacture things and you are dealing with provincial standards for electricity versus other provinces, versus the U.S. and so on.

Have you thought about the solution? Everyone is telling us the same thing about the communications, cooperation and coordination, and other people are saying things. Do you have any standards on communication?

Ms. Kiraly: As a matter of fact we do.

Senator Braley: I ask that because people were confused.

Ms. Kiraly: One of the recommendations is specifically to provide a network and to get the people who have the expertise to provide the information in a consistent fashion. What we would do and have proposed is to put together communication templates that would identify how to get to the front lines and to the various groups and identify in advance the consistent approach and the frequency and how to mitigate changing circumstances. Yes, we do have a proposal.

Senator Braley: That might be useful.

Senator Dickson: How do we stack up against the U.S.?

Ms. Kiraly: The CSA Z1600 emergency management planning standard is based on a U.S. standard of the National Fire Protection Association. Interestingly enough, the Canadian committee looked at the U.S. version and said that is really good but we can do better. Therefore, we have made some

Le sénateur Callbeck : À votre avis, quel rôle le gouvernement fédéral peut-il assumer à cet égard?

M. Neily : Le gouvernement fédéral pourrait aider en élaborant des normes. En ce qui a trait à la communication, il pourrait donner des directives relativement aux outils qui se sont révélés efficaces. Il pourrait fournir cette information avec divers éléments. Je considère qu'une approche en matière de normalisation serait l'une des meilleures méthodes aux fins de la planification future qui permettraient aux gens d'avoir les connaissances nécessaires pour gérer leur propre situation de façon proactive. Il a un rôle important à jouer.

Le président : Quelqu'un souhaite-t-il ajouter autre chose?

Mme Kiraly : En tant qu'organisation de normalisation, nous élaborons des normes à l'intention des Canadiens, et nos normes sont volontaires jusqu'à ce qu'un organisme, le gouvernement ou un secteur de l'industrie les rendent obligatoires. Lorsque la CSA a élaboré cette norme, nous collaborions avec Sécurité publique Canada et le Département américain de la sécurité intérieure afin d'examiner l'approche du Canada en matière de planification d'urgence et de déterminer où il se situait par rapport aux autres pays. L'idée est de fournir un cadre dont peuvent se servir le gouvernement ainsi que les petites et les grandes entreprises, non seulement pour se préparer à l'événement, mais aussi pour assurer la continuité des activités. À moins que la norme soit officielle et utilisée par divers niveaux du gouvernement ou de l'industrie, rien ne changera. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles nous sommes ici aujourd'hui.

Le sénateur Braley : Si je comprends bien, lorsqu'on fabrique un produit, on doit respecter des normes provinciales pour l'électricité. Il y a les provinces, les États-Unis...

Avez-vous envisagé une solution? Tout le monde nous dit la même chose à propos des communications, de la collaboration et de la coordination, et j'ai entendu des gens dire certaines choses. Avez-vous des normes en matière de communication?

Mme Kiraly : Oui.

Le sénateur Braley : Je le demande parce que les gens ne savaient plus quoi penser.

Mme Kiraly : L'une des recommandations vise précisément à offrir un réseau et à recruter des gens capables de fournir l'information de manière uniforme. Nous avons proposé de rassembler des modèles de communication qui nous permettront de savoir comment atteindre les premières lignes et les divers groupes, puis de connaître à l'avance l'approche uniforme, la fréquence et la façon d'atténuer les circonstances changeantes. Donc, oui, nous avons fait une proposition.

Le sénateur Braley : Cela pourrait être utile.

Le sénateur Dickson : Comment nous nous situons par rapport aux États-Unis?

Mme Kiraly : La norme CSA Z1600 sur la planification de la gestion des urgences s'inspire d'une norme américaine de la National Fire Protection Association. Fait intéressant, le comité canadien a examiné la version américaine et l'a trouvée très bonne, mais estimait qu'il pouvait faire mieux. Par conséquent,

improvements, and those improvements are actually now being considered by the U.S. committee so that we have a harmonized approach in Canada and the U.S. We have a consistent approach.

The Chair: Thank you very much for your input. You have given us valued information in all cases. Thank you for participating. This brings to a close our meeting for today.

(The committee adjourned.)

nous y avons apporté quelques améliorations, et ces améliorations font actuellement l'objet d'un examen par le comité américain, de sorte que nous puissions harmoniser nos approches. Nous avons une approche uniforme.

Le président : Merci beaucoup pour vos commentaires. Vous nous avez donné de précieux renseignements dans tous les cas. Merci de votre participation. C'est ce qui met fin à notre séance d'aujourd'hui.

(La séance est levée.)

Canadian Association of Fire Chiefs:

Robert Simonds, President.

Canadian Teachers' Federation:

Mary-Lou Donnelly, President;

Myles Ellis, Director of Economic and Member Services.

Federation of Canadian Municipalities:

Claude Dauphin, Third Vice-President;

Alain Normand, Member, Pandemic Preparedness Working Group.

Paramedic Association of Canada:

Greg Furlong, Director.

The Conference Board of Canada:

John Neily, Director, National Security and Public Safety.

Canadian Standards Association:

Suzanne Kiraly, Executive Vice-President, Government Relations.

Ontario Power Generation Inc.:

Gian Di Giambattista, Director, Emergency Management and Business Continuity.

RiskAnalytica:

Paul Smetanin, President and Chief Executive Officer.

Association canadienne des chefs de pompier :

Robert Simonds, président.

Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants :

Mary-Lou Donnelly, président;

Myles Ellis, directeur, Services économiques et aux membres.

Fédération canadienne des municipalités :

Claude Dauphin, troisième vice-président;

Alain Normand, membre, Groupe de travail sur la pandémie.

Association des paramédics du Canada :

Greg Furlong, directeur.

Le Conference Board du Canada :

John Neily, directeur, Sécurité nationale et sécurité publique.

Association canadienne de normalisation :

Suzanne Kiraly, vice-présidente exécutive, Relations gouvernementales.

Ontario Power Generation Inc. :

Gian Di Giambattista, directeur, Gestion des mesures d'urgences et continuité des opérations.

RiskAnalytica :

Paul Smetanin, président et chef de la direction.

Province of British Columbia:

Dr. Perry Kendall, Provincial Health Officer (by video conference).

Province of Nova Scotia:

Duff Montgomerie, Deputy Minister, Health Promotion and Protection.

Health Canada:

Glenda Yeates, Deputy Minister.

Thursday, October 21, 2010

Government of Nunavut:

Dr. Isaac Sobol, Chief Medical Officer of Health.

Assembly of Manitoba Chiefs:

Ron Evans, Grand Chief.

Health Canada:

Shelagh Jane Woods, Director General, Primary Health Care and Public Health Directorate, First Nations and Inuit Health Branch;

Paul Gully, Senior Medical Advisor.

Assembly of First Nations:

Angus Toulouse, Regional Chief.

Indigenous Physicians Association of Canada:

Dr. Darlene Kitty, Board Member.

Inuit Tapiriit Kanatami:

Mary Simon, President;

Elizabeth Ford, Director, Health and Social Development.

Aboriginal Nurses Association of Canada:

Rosella Kinoshameg, President.

Friday, October 22, 2010

Canadian Medical Association:

Dr. Jeffrey Turnbull, President;

Dr. Maura Ricketts, Director, Office of Public Health.

Canadian Nurses Association:

Claire Betker, Member, Board of Directors;

Joyce Douglas, Nurse Consultant.

Canadian Public Health Association:

Dr. Isra Levy, Member;

Debra Lynkowski, Chief Executive Officer.

Canadian Healthcare Association:

Pamela Fralick, President and CEO.

(Continued on previous page)

Province de la Colombie-Britannique :

Dr Perry Kendall, administrateur des soins de santé (par vidéoconférence).

Province de la Nouvelle-Écosse :

Duff Montgomerie, sous-ministre, Promotion et protection de la santé.

Santé Canada :

Glenda Yeates, sous-ministre.

Le jeudi le 21 octobre 2010

Gouvernement du Nunavut :

Dr Isaac Sobol, médecin hygiéniste en chef.

Assembly of Manitoba Chiefs :

Ron Evans, grand chef.

Santé Canada :

Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaire et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits;

Paul Gully, conseiller médical principal.

Assemblée des Premières nations :

Angus Toulouse, chef régional.

Association des médecins indigènes du Canada :

Dre Darlene Kitty, membre du conseil de direction.

Inuit Tapiriit Kanatami :

Mary Simon, président;

Elizabeth Ford, directrice, Développement social et de la santé.

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada :

Rosella Kinoshameg, présidente.

Le vendredi 22 octobre 2010

Association médicale canadienne :

Dr Jeffrey Turnbull, président;

Dre Maura Ricketts, directrice, Bureau de la santé publique.

Association des infirmières et infirmiers du Canada :

Claire Betker, membre, Conseil de direction;

Joyce Douglas, infirmière-conseil.

Association canadienne de la santé publique :

Dr Isra Levy, member;

Debra Lynkowski, chef de la direction.

Association canadienne des soins de santé :

Pamela Fralick, présidente et chef de la direction.

(Suite à la page précédente)



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

APPEARING

Wednesday, October 20, 2010

The Honourable Diane Ablonczy, P.C., M.P., Minister of State
(Seniors).

WITNESSES

Monday, October 18, 2010

Ministry of Health and Long-Term Care, Province of Ontario:

Allison Stuart, Assistant Deputy Minister, Public Health Division.

Province of Ontario:

Dr. Arlene King, Chief Medical Officer of Health.

Province of Saskatchewan:

Dr. Moira McKinnon, Chief Medical Health Officer.

Public Health Agency of Canada:

Dr. Gregory Taylor, Director General, Office of the Public Health Practice;

Dr. John Spika, Director General, Centre for Immunization and Respiratory Infectious Diseases.

(Continued on previous page)

COMPARAÎT

Le mercredi 20 octobre 2010

L'honorable Diane Ablonczy, C.P., députée, ministre d'état (aînés)

TÉMOINS

Le lundi 18 octobre 2010

Ministère de la Santé et des soins de longue durée, province de l'Ontario :

Allison Stuart, sous-ministre adjointe, Division de la santé publique

Province de l'Ontario :

Dre Arlene King, médecin hygiéniste en chef.

Province de la Saskatchewan :

Dr. Moira McKinnon, chef des Services de santé.

Agence de la santé publique du Canada :

Dr. Gregory Taylor, directeur général, Bureau de la pratique de la santé publique;

Dr. John Spika, directeur général, Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses.

(Suite à la page précédente)

